

الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)

الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS



إعداد

الأستاذ الدكتور
علي مصطفى
استاذ علم النفس

الأستاذ الدكتور
محمد يوسف
استاذ الصحة النفسية





دار الزهـــراء - الرياض

ت: ٤٦٤١١٤٤
ف: ٤٦٥٩٥٣٧

الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس
للإضطرابات النفسية والعقلية

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS

FIFTH EDITION

DSM-5

الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)

إعـــداد

الأستاذ الدكتور
علي مصطفى
استاذ علم النفس

الأستاذ الدكتور
محمد يوسف
استاذ الصحة النفسية





ح دار الزهراء للنشر والتوزيع ، ١٤٣٥ هـ
فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر
مصطفى ، علي أحمد سيد
الدليل التشخيصي والاحصائي الامريكي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية ./ علي أحمد سيد مصطفي ؛ يوسف محمد محمد .-
الرياض، ١٤٣٥هـ
١٥٠٤ ص ، ١٧×٢٤ سم
ردمك : ٢ -٥٩- ٨١٣٩ - ٦٠٣ - ٩٧٨



الفصل الأول
أساسيات استخدام دليل DSM-5

أساسيات الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية :

مقدمة :

تم الإعلان عن الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية Diagnostic and Statistical Manual (DSM-5) في الاجتماع السنوي للجمعية الأمريكية للطب النفسي في مايو عام٢٠١٣م ، والذى يمثل نهاية رحلة إمتدت لأكثر من عقد من الزمان في تنقيح معايير تشخيص وتصنيف الاضطرابات النفسية . وعلى الرغم من أن الـ DSM-5 هي الآن كاملة ، ولها قدراً كبيراً من العمل لا يزال ونأمل مرة أخرى أن تلعب دوراً نشطاً في المرحلة الهامة المقبلة . ومن أهم أولوياتنا هو ضمان الاستخدام السليم للـDSM-5 ، وتوفير المواد التدريبية ؛ والإجابة على الأسئلة حول مدى دقة تنفيذه في مجال الرعاية السريرية والبحوث ؛ مع توضيح المخاوف حول رموز التصنيف الدولي للأمراض الجديدة وتأمين تبعات ذلك ، وتصحيح أي أخطاء كانت موجودة فى الإصدارات السابقة . مع تواصل المعلومات حول التاريخ التنموي للدليل التشخيصى DSM-5 ، بما في ذلك فريق العمل وعضوية مجموعة العمل والوثائق المرجعية ذات الصلة ، فيما يختص بالمهنيين العاملين فى مجال الصحة العقلية والمجتمعات الطبية وصولاً إلى أسر المرضى ، وأفراد الجمهور المستهدف ، ويظل الأمل فى استمرار هذا الحوار حول دليل DSM-5 على مدى السنوات القادمة .

كما يُعد تشخيص الرابطة الأمريكية للاضطرابات العقلية والإحصائي (DSM) بمثابة تصنيف للاضطرابات العقلية المرتبطة بالمعايير المصممة لتسهيل تشخيص أكثر موثوقية لهذه الاضطرابات . ومع الطبعات المتتالية لهذا الدليل التشخيصى، والتيإستمرت على مدى السنوات الستين الماضية ، حتى أصبحت مرجعية معيارية للممارسة السريرية في مجال الصحة العقلية على مستوى العالم ، والذى اشتمل على وصف كامل للعمليات المرضية الأساسية الممكنة بالنسبة لمعظم الاضطرابات النفسية .

ومن المهم التأكيد على أن هذا التشخيص الحالي بتلك المعايير DSM-5 ، يعد أفضل وصف متاح لكيفية التعبير عن الاضطرابات النفسية، ويمكن التعرف عليه من قبل الأخصائيين النفسيين ، كما يهدف الدليل التشخيصى DSM-5 ليكون بمثابة عملية وظيفية مرنة ، في تنظيم المعلومات التي يمكن أن تساعد في التشخيص الدقيق وعلاج الاضطرابات النفسية . وإن تكون بمثابة أداة هامة بالنسبة للأطباء والأخصائيين النفسيين ، كمورد تعليمي أساس للطلاب والممارسين ، ومرجعاً للباحثين في هذا المجال .

وعلى الرغم من أن هذه الطبعة من DSM-5 قد صممت أول وقبل كل شيء لتكون دليلاً مفيداً للممارسة السريرية ، حتى تكون قابلة للتطبيق من خلال مجموعة متنوعة واسعة من السياقات . وقد استخدم DSM-5 من قبل الأطباء والباحثين من مختلف التوجهات (البيولوجية ، والنفسية والمعرفية والسلوكية والشخصية ، وفى المجال التربوى ونظم الأسرة) ، كما سعا كل المشاركين فى عمل الدليل إلى التواصل بلغة مشتركة للتواصل عبر تفهم الخصائص الأساس للاضطرابات العقلية التي قدمها مرضاهم . والتعرف على المعلومات ذات القيمة لجميع المهنيين ، والمرتبطة بمختلف جوانب الرعاية الصحية العقلية ، بما في ذلك الأطباء النفسيين ، وغيرهم من الأطباء وعلماء النفس والأخصائيين الاجتماعيين والممرضات ، والمستشارين ، والأخصائيين في الطب الشرعي القانوني ، العلاج الوظيفي وإعادة التأهيل ، وغيرهم من المهنيين الصحيين .

المعايير Standards :

تتصف المعايير Standards بأنه موجزة وواضحة وتهدف إلى تسهيل إجراء تقييم موضوعي لمجموعة متنوعة من الإعدادات السريرية للمرضى فى العيادات الداخلية والخارجية ، والتشاور ، الاتصال ، والممارسة السريرية الخاصة ، والرعاية الصحية الأولية ، وكذلك ما يتم تقديمه في المجتمع العام للدراسات "الوبائية" من الاضطرابات النفسية . كما يعد الدليل التشخيصى DSM-5 كذلك بمثابة أداة لجمع بيانات وإحصاءات دقيقة حول الصحة العامة والوفيات ، والاضطرابات العقلية .

وأخيراً فإن المعايير والنصوص المقابلة تعد بمثابة كتاب مفيد للطلاب في وقت مبكر ، قبل ممارسة مهنتهم ، والذين يحتاجون إلى طريقة منظمة لفهم وتشخيص الاضطرابات النفسية فضلاً عن المحترفين النفسيين المتمرسين ، والذين يواجهون اضطرابات نادرة لأول مرة قد يصعب تشخيصها . ولحسن الحظ ، فإن كل هذه الاستخدامات متوافقة مع بعضها بعضاً ، وقد اتخذت هذه الاحتياجات والمصالح المتنوعة بعين الإعتبار في التخطيط عند وضع الدليل التشخيصى الخامس DSM-5 ، والمتفقة مع مواءمة تصنيف الاضطرابات الدولية لمنظمة الصحة العالمية فى تصنيف الأمراض (International Classification of Diseases(ICD ، ونظام الترميز الرسمي المستخدم في الولايات المتحدة . ولذلك فإن معايير الأدلة التشخيصية DSM لتحديد الاضطرابات والتي حددها تشخيص ICD ورموز الأرقام في DSM-5 ، بالإضافة إلى من رموز (ICD-9-CM وICD-10-CM) ، والتى تم اعتمادهم - جميعاً - في النسخة الأخيرة (الحالية المعتمدة في أكتوبر ٢٠١٤) إلى الاضطرابات ذات الصلة في التصنيف .

وعلى الرغم من DSM-5 يبقى التصنيف القاطع للاضطرابات المنفصلة ، إلا أن الاضطرابات النفسية قد لا تتناسب دائماً داخل حدود اضطراب واحد ، ومن بعض تلك المجالات أعراض مثل الاكتئاب والقلق ، والتى تنطوي على التشخيص متعدد الفئات ، وعلى نقاط الضعف الكامنة التى قد تعكس مجموعة مشتركة لأكبر عدد من الاضطرابات . كما تم إعادة ترتيب الاضطرابات المدرجة في الهيكل التنظيمي المعدل للدليل التشخيصى الخامس DSM-5 لتحفيز وجهات نظر ورؤى سريرية جديدة . وهذا الهيكل الجديد يتوافق مع الترتيب التنظيمي من اضطرابات خططت لتصنيف الاضطرابات الدولية مع منظمة الصحة العالمية لتصنيف الأمراض (ICD-11) والذى من المقرر طرحه في عام ٢٠١٥م . وقد أدخلت تحسينات أخرى لتعزيز سهولة الاستخدام في جميع الإعدادات الحادية والأربعون .

تمثيل القضايا التنموية المتعلقة بالتشخيص :

Representation of developmental issues related to Diagnosis

تعكس قضايا التشخيص أفضل تنظيم لنهج المرحلة العمرية للذين يعانون من اضطرابات تشخيص أكثر تواتراً في مرحلة الطفولة (مثل الاضطرابات العصبية النمائية) والتي تقع في بداية الدليل ، ثم الاضطرابات الأكثر إنطباقاً على مرحلة البلوغ (على سبيل المثال ، الاضطرابات العصبية) . فتقع في نهاية الدليل ، كما توجد العناوين الفرعية المرتبطة بعملية النمو ، والتي تقدم وصفاً للكيفية التي قد تغير أعراض الاضطراب عبر مراحل العمر .

وتم تناول العوامل المرتبطة بالعمر المحددة بالتشخيص الدقيق (على سبيل المثال ، تم إدراج معدل الانتشار Prevalence / وفروقات الأعراض في فئات عمرية معينة) ، وقد أضيفت هذه العوامل المرتبطة بالعمر للمعايير نفسها التي تنطبق (على سبيل المثال ، بالمعايير التي تحدد اضطراب الأرق واضطراب ما بعد الصدمة ، والمحددة بمعايير تصف كيفية ظهور الأعراض بين الجنسين لدى الأطفال) وأدمجت غالبية القضايا الثقافية المتنوعة في الاضطرابات المتطابقة .

كما تم دمج النتائج العلمية من أحدث الأبحاث في مجال علم الوراثة وتصوير الأعصاب ، والتي أدمجت مع بنية الأبحاث الحديثة المنقحة في علم الأعصاب ، وبواسطة الروابط الجينية الناشئة بين المجموعات التشخيصية والجينية الفيسيولوجية ، كما يسلط الدليل التشخيصي الضوء على عوامل الخطر ، والمؤشرات المنذرة ، وبعض علامات التشخيص المفترضة في النصوص الطبية . كما أن هذا الهيكل الجديد من الدليل التشخيصي DSM-5 يعمل على تحسين قدرة الأطباء على تحديد وتشخيص الاضطرابات استناداً إلى العوامل العصبية Neurocircuitry المشتركة ، وعلى الضعف الوراثي ، والتعرض للعوامل البيئية .

كما يهتم الدليل التشخيصي باضطرابات التوحد ، واضطراب اسبرجر ، والنمو المتفشي لاضطراب التوحد Autism وتمثل أعراض هذه الاضطرابات كتلة واحدة تتراوح من خفيفة إلى إعاقات حادة في إثنين من مجالات التواصل الاجتماعي وتقييداً للسلوكيات المتكررة ، وتم تصميم هذا التغيير لتحسين حساسية وخصوصية معايير

تشخيص اضطراب طيف التوحد وتحديد أهداف العلاج بصورة أكثر تركيزاً لتحديد العاهات المحددة .

تبسيط تصنيف اضطرابات الاكتئاب ثنائي القطب . حيث تعد اضطرابات الاكتئاب ، وطرق تشخيصها هى الأكثر شيوعاً في مجال الطب النفسي . لذا كان من المهم تبسيط عرض هذه الاضطرابات لتعزيز الاستخدام التعليمى والسريري . بدلاً من فصل كل من تعريف الهوس ، Hypomania ونوبات الاكتئاب الكبرى من تعريف الاضطراب ثنائي القطب I ، والاضطراب ثنائي القطب II ، واضطرابات الاكتئاب الكبرى كما في الطبعة السابقة (DSM-4) ، وشملت جميع هذه المكونات معايير ضمن عدة معايير تعبرعن كل خلل معين . وهذا النهج سوف ييسر جانب التشخيص السريرى وعلاج هذه الاضطرابات الهامة . وبالمثل فسوف تسفر المذكرات التفسيرية لتمييز اضطرابات الاكتئاب والفجيعة Bereavement الكبرى ، عن تقديم واضح للتوجيه السريري بصورة أكبر بكثير مما قدم سابقاً في الفجيعة البسيطة لاستبعاد المعيار المحدد من ضائقة القلق والملامح المختلطة معه .

وصف كامل للإختلافات التي ترافق المعايير المحددة لهذه الاضطرابات :

تم إعادة هيكلة إضطرابات تعاطي المخدرات من أجل تحقيق التناسق والوضوح، ويشمل ذلك فئات (من تعاطي المخدرات والإدمان) ، والتى تم استبعادها واستبدالها بفئة جديدة شاملة من (تعاطي المخدرات اضطرابات مع مادة محددة تستخدم تعريف اضطرابات محددة) . وقد أطلق عليه اسم الاعتماد "Dependence" حتى لا يحدث الخلط بسهولة مع مصطلح " الإدمان Addiction " كما حددت من قبل مفاهيم التسامح والانسحاب .

كما يعتمد الدليل - في الواقع - على الاستجابات الطبيعية ، حيث تؤثر الأدوية الموصوفة على الجهاز العصبي المركزي ولا تشير بالضرورة إلى وجود الإدمان وعن طريق تنقيح وتوضيح هذه المعايير في الدليل التشخيصى DSM-5 ، ويظل الأمل فى التخفيف من بعض سوء فهم - الواسع النطاق- حول هذه القضايا .

تعزيز خصوصية الاضطرابات العصبية الخفيفة الرئيسة . نظراً للتقدم الكبير في علم الأعصاب ، وعلم النفس العصبي ، وتصوير الدماغ على مدى السنوات العشرين عاماً الماضية ، رغم استمرار تأخر تشخيص أنواع معينة من الاضطرابات التي كانت تعرف سابقا باسم "الخرف" أو أمراض الدماغ العضوية البيولوجية ، والتي أسفرت عن علامات حددها التصوير الدماغي لاضطرابات الأوعية الدموية ، كما أظهرت النتائج الوراثية الجزيئية المحددة للمتغيرات النادرة لمرض الزهايمر Alzheimer ومرض هنتنجتون Huntington وقد واكب ذلك تقدم الكثير من التشخيصات السريرية لهذه الاضطرابات .

وهو ما أحدث التحول في تصور واضح لاضطرابات الشخصية ، وتم تحديد نهج الأبعاد لاضطرابات الشخصية في الطبعات السابقة للدليل التشخيصى ، والانتقال من نظام التشخيص القاطع للاضطرابات الفردية إلى تشخيص واحد محدد في الدليل التشخيصى DSM-5 إستناداً لما يلق قبولاً على نطاق واسع في التوزيع النسبي لسمات الشخصية ، أما اضطرابات الشخصية الفئوية فظلت دون تغيير تقريباً من الأدلة التشخيصية السابق طبعها . ومع ذلك ، فقد تم اقتراح لفظ بديل "الهجين" كنموذج في القسم الثالث لتوجيه البحوث المستقبلية التي تفصل بين تقييم أداء الشخصية ، والتعبير عن سمات الشخصية المرضية وذلك فى ستة من الاضطرابات المحددة ، سيتم التعرض لها فى الفصول التالية .

الاضطرابات المستجدة Disorders and new features ،

نظراً لأنه لم يتم تسليط الضوء بما فيه الكفاية على الاضطرابات التي تتطلب مزيدا من الدراسة ، فقد تم إضافة قسم جديد (القسم الثالث) على أن يكون جزء من التصنيف الرسمي للاضطرابات النفسية للاستخدام السريري الروتيني . كما تم دمج تدابير تتراوح ما بين شدة الأعراض في (١٣) مجالاً من الأعراض للسماح لقياس أبعاد ومستويات أعراض متفاوتة الخطورة في جميع مجموعات التشخيص . وبالمثل ، فإن جدول تقييم العجز المعلوماتى لمنظمة الصحة العالمية (WHODAS) ، والطريقة القياسية لتقييم مستويات العجز الصحى العالمي للاضطرابات النفسية الذى يستند على التصنيف الدولي للصحة (ICF) والتى قد تكون غير قابلة للتطبيق في كل مكان على مستوى

العالم ، والتى قدمت لتحل محل التقييم العالمي الأكثر محدودية للعمل على نطاق واسع . ويحدو الأمل - لفريق الدليل التشخيصى - في أن يتم تنفيذ مثل هذه التدابير مع مرور الوقت ، وسوف يتم توفير قدر أكبر من الدقة والمرونة في وصف الأعراض السريرية الفردية والعجز المرتبط بالتقييمات التشخيصية .

تحسينات على الإنترنت لدليل DSM-5 :

تشمل التدابير التشخيصية الشاملة على شبكة الإنترنت :

(www .psychiatry .org/DSM5) ، والتى ترتبط بالاضطرابات ذات الصلة ، بالإضافة إلى ذلك ، يتم مراعاة الصياغة الثقافية المتغيرة عبر بلدان العالم ، كما تشمل وحدات تكميلية لجوهر تلك الصياغة ، وذلك بالتعاون مع الهيئات الأخرى مثل مجلس أمناء APA ، والذى يمثل مجتمع الخبرات العالمية فى التخصص . وتم دعم هذا الجهد من قبل قاعدة واسعة من المستشارين والموظفين المهنيين فى الجمعية النفسية الأمريكية APA للبحوث وهو جهد لا يقدر بثمن عبر تلك الخبرة وهذا الجهد لتحسين تشخيص الاضطرابات النفسية . وقد أمضى معدى دليل DSM-5 ساعات طويلة في هذا العمل التطوعي ، سواء منسقي النصوص ، أو أعضاء مجموعات العمل الـ (١٣) ، القائمين بإعداد هذا الدليل ، فى محاولة لتحسين الأساس العلمي للممارسة السريرية على مدى ست سنوات متواصلة . والتي شملت استشاريين ورؤساء جميع المجموعات وفرق العمل ، للوصول إلى هذا المستوى من الالتزام والموضوعية التي تتضح بصماتها الحالية فى الدليل التشخيصى الخامس DSM-5.

ويتضح - بصفة خاصة - دور الجمعية النفسية الأمريكية APA المتعلق ببحوث الموظفين المحددة لمجموعة العمل في هذا الدليل ، ومجموعات العمل ، والمستشارين ، والمراجعين لحل هذه القضايا التشخيصية ، لتكون بمثابة اتصال بين المجموعات المباشرة والإدارة الأكاديمية وتجارب الممارسة السريرية الروتينية الميدانية ، بهدف الوصول إلى القرارات التشخيصية العلمية التي جعلت من الدليل التشخيصى DSM-5 واقعاً ممكناً .

الدليل التشخيصى والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5

مقدمة :

شارك المئات من الأشخاص المتخصصين فى عمل الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM-5) ، بهدف مشترك لأكثر من (١٢ سنة) من العمل المتصل . وشارك الكثير منهم فى التفكير والتداول في تقييم معايير التشخيص ، والنظر في تنظيم كل جانب من جوانب الدليل ، وصنع ميزات جديدة يعتقد أنها الأكثر فائدة للأطباء . ووجهت كل هذه الجهود نحو هدف تعزيز الفائدة السريرية من DSM-5 كدليل شامل في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية .

كما أصبح التشخيص ضرورياً ، وأكثر موثوقية لتوجيه توصيات العلاج ، وتحديد معدلات الانتشار Prevalence ، والتخطيط لخدمات الصحة النفسية ، وتحديد مجموعات المرضى السريرية للبحوث الأساسية ، وتوثيق المعلومات الصحية العامة المهمة مثل الاعتلال ومعدلات الوفيات . كما تطور فهم الاضطرابات النفسية والعلاجات ، كما ركزت المهن الطبية والعلمية والسريرية على خصائص الاضطرابات المحددة وآثارها على العلاج والبحوث .

بينما ظل DSM حجر الزاوية في حدوث تقدم كبير في التشخيص وأكثر موثوقية ، وأصبح من المعترف به من قبل كل من الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) والأوساط العلمية المهتمة بالاضطرابات النفسية ، وجدير بالذكر أن العلوم النفسية السابقة لم تنضج بما فيه الكفاية للتحقق من صحة التشخيص ، ويواصل مجال علم الاضطرابات النفسية في التطور السريع مع الأدلة التشخيصية DSM الفردية ، ومع ذلك فقد شهد العقدين الماضيين منذ أن تم إصدار الدليل الرابع DSM-IV تقدم حقيقي ودائم في مثل هذه مجالات مثل علم الأعصاب الإدراكي ، وتصوير الدماغ ، وعلم الأوبئة ، وعلم الوراثة . وقام فريق الدليل التشخيصى الخامس DSM-5 بالإشراف بقوة على طبعة جديدة ، مع الحذر بأن التقدم في البحوث سوف يتطلب تكرار التغييرات للحفاظ على مكانتها بإعتبارها المحك لتصنيف الاضطرابات النفسية . كما أن العثور على التوازن الصحيح أمر بالغ الأهمية ، حيث تشكل النتائج المتضاربة التى لا تنسب إلى

علم تصنيف الأمراض ، كأمر محيراً للباحثين ، ولكن في نفس الوقت ، DSM يجب أن يحدث تطور في سياق مبادرات البحوث السريرية الأخرى في هذا الميدان .

كما أوضحت نتائج العديد من الدراسات أن الاعتلال المشترك وانتقال المرض في الأسر ، بما في ذلك دراسات التوائم والدراسات الجينية الجزيئية ، وما أسفرت عنه من نتائج ما يعزز الحجج القوية لما لاحظه العديد من الأطباء المخضرمين عبر سنوات طويلة : والذى إتضح لدى العديد من الحدود الفاصلة بين " فئات" الاضطرابات الأكثر مرونة على مدى الحياة ، والتى أيدها الدليل التشخيصى - السابق - الرابع DSM-IV والمعترف به ، لدى العديد من الأعراض التى تنسب إلى اضطراب واحد ، والتى قد تحدث في مستويات متفاوتة من الشدة ، في كثير من الاضطرابات الأخرى . وهذه النتائج تعني أن دليل DSM ، مثل غيره من التصنيفات للأمراض الطبية ، ينبغي أن يستوعب سبل لإدخال مناهج أبعاد هذه الاضطرابات النفسية ، بما في ذلك الأبعاد التى تتخطى الفئات المعروفة حالياً . ويسمح هذا النهج وصفاً أكثر دقة للأعراض المرضية ، ودعماً لزيادة صحة التشخيص (أي الدرجة التي تشخص من خلالها معايير تعكس مظاهر كامنة شاملة Psychopathological) .

ويشمل تصميم الدليل DSM-5 وصفاً واضحاً وموجزاً للباحثين عن كل الاضطرابات العقلية ذات المعايير التشخيصية الواضحة ، مع خلاصة موجزة من المعلومات حول التشخيص ، وعوامل الخطر ، والتى ترتبط بحركة التقدم في البحوث ، والتعبيرات المختلفة لتلك الاضطرابات . وهناك حاجة - ماسة - إلى التدريب والخبرة السريرية حتى يتم استخدام دليل DSM بكفاءة لتحديد التشخيص ، واستخدام المعايير لتشخيص وتحديد الأعراض والسلوكيات ، والوظائف المعرفية والسمات الشخصية والعلامات المادية الظاهرة ، والمدد التي تتطلبها الخبرة السريرية للتمييز بين الأعراض المتشابه ، ومن الطبيعي وجود اختلافات بين الحدث ، والاستجابات العابرة للإجهاد . ولتسهيل شامل للنظر في مجموعة من الأعراض الحاضرة ، يمكن توفير خدمة DSM للأطباء كدليل لتحديد أبرز الأعراض التي ينبغي تقييمها عند تشخيص الاضطرابات . وقد يكون لبعض تلك الاضطرابات النفسية حدود واضحة المعالم حول مجموعات الأعراض العلمية ذات الأدلة الدامغة ، إلا أن العديد - إن لم يكن الأكثرية - من الذين

يعانون من الاضطرابات ، قد ترتبط الأعراض لديهم ارتباطاً وثيقاً بعوامل الخطر الوراثية والبيئية المشتركة .

وباختصار ، فقد توصل - فريق عمل DSM-5- إلى الاعتراف بأن الحدود بين الاضطرابات هي الأكثر عرضة للاختراق ، وأكبر مما هو متصور أصلاً . وقد شاركت العديد من مجموعات المهن الصحية والتعليمية في التنمية واختبار DSM-5 ، بما في ذلك الأطباء وعلماء النفس والأخصائيين الاجتماعيين والمرضات ، والمستشارين ، ومتخصصى الإحصاء ، وعلماء الأعصاب ، وNeuropsychologists . وأخيرا ، المرضى والأسر والمحامين ، الذين شاركوا في تنقيح الدليل التشخيصى DSM-5 عن طريق تقديم ردود فعل على الاضطرابات النفسية حول أوصاف النصوص التفسيرية كأمر ضرورى لتحسين الفهم ، والحد من وصمة العار للمضطربين نفسياً ، ومستوى التقدم في العلاج .

لمحة تاريخية Historical overview :

نشرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) أول دليل تشخيصى DSM لها في عام ١٨٤٤م ، وذلك من التصنيف الإحصائي المؤسسي للمرضى العقليين ، وتم تصميمه بهدف تحسين الاتصالات لمرضى الرعاية النفسية في المستشفيات ، كما أدخلت تطورات على الدليل التشخيصى DSM من خلال أربعة أدلة تشخيصية DSM رئيسة شملت نظم التشخيص لتصنيف الأطباء النفسيين والأطباء الآخرين ، وغيرهم من العاملين في مجال الصحة العقلية التي وصفت السمات الأساسية لمجموعة كاملة من الاضطرابات النفسية ، وجدير بالذكر أن الطبعة الحالية DSM-5 ، بنيت على هدف سابقاتها (ومن أكثرها ارتباطاً ما تم في الآونة الأخيرة ، عبر الدليل الرابع -DSM-IV TR ، ومراجعة النص الذي نشر في عام ٢٠٠٠م) كما يسهم الدليل الحالى DSM-5 فى صقل مبادئ توجيهية للتشخيص ، بما يمكن أن يثري فى دعم قرارات العلاج والإدارة الصحية للمرضى .

كما أطلقت (APA) في عام ١٩٩٩م عملية مراجعة لتقييم نقاط القوة والضعف في دليل DSM على أساس البحوث الناشئة التي لم تؤيد حدود نشأة بعض الاضطرابات النفسية . وقد تم تنسيق هذه الجهود مع (منظمة الصحة العالمية) شعبة منظمة الصحة

العالمية فرع الصحة العقلية ، والجمعية العالمية للطب النفسي ، والمعهد الـوطني للـصحة العقلية (NIMH) في شكل العديد من المؤتمرات ، ونشرت تلك الوقائع في عـام ٢٠٠٢م في دراسة متخصصة بعنوان (جدول أعمال لبحوث الدليل التشخيصى DSM–V) أيدت اتفاقية التعاون مع الجمعية البرلمانية الآسيوية ومنظمة الصحة العالمية من قبـل NIMH ، والمعهد الـوطني لتعـاطي المخـدرات National Institute on Drug Abuse (NIDA) ، والمعهد الوطني لإدمان الكحول (NI AAA) وعقدت كـل تلـك الجمعيـات والمنظمـات الصحية مجتمعة عدد (١٣) مؤتمراً لمناقشة إعـداد الـدليل التشخيـصى الخـامس DSM-5 بهـدف تخطـيط البحـوث الدوليـة ، الـتي تنطـوي علـى٤٠٠ مـشارك مـن ٣٩ بلـدا ، لإستعراض الأدب العالمي في التشخيص فى المناطق المحددة للتحضير لتنقيحـات الـدليل التشخيصى DSM-5 ، كما تم مراجعة التصنيف الدولي للأمراض ، الحـادى عـشر (TH ICD-11) وشكلت التقارير الصادرة عن هذه المؤتمرات علـى أسـاس مـا طرحتـه فـرق العمل ، ومهدت الطريق للطبعة الجديدة من للدليل التشحيصى5-DSM. [1]

وثمة مفهوم واضح للمرحلة التطوريـة المقبلـة لتـصنيف الاضـطرابات النفـسية ، والتى لعبت دوراً محورياً في جهود فرق ومجموعات العمل ، وقد ظهرت هذه الرؤى من خـلال مراجعـة تـصنيف الـدليل التشخيـصى الرابـع DSM-IV ، لبحـث نقـاط القـوة والضعف فيه ، ومن خلال التوجهات الاستراتيجية لتنقيحـه . والـتى تمـت عـبر عمليـة مكثفة تم من خلالها استعراض الأدبيات المعنية لإجراء التحليلات الأساسية والفرعية ، والبحوث والتقارير المنشورة في أمهات المجـلات والـدوريات العلميـة ، والـتى أعقبـها وضع مشروع معايير التشخيص ، ونشر المسودات الأوليـة علـى موقـع ويـب DSM-5 للتعليـق العـام ، وتقـديم النتـائج الأوليـة المهنيـة ونتـائج الاجتماعـات ، وملخـصات التجارب الميدانية ، ومراجعة المعايير والنصوص المقترحة .

(1) APA J David Kupfer, MD, president and Darrell A. Regier, MD, Master of Public Health, and Vice Chairman of the Task Force DSM-5. Directed them tasks recommendation for workgroups diagnostic manual, 2013

مقترحات وتنقيحات Proposals and revisions :

وضعت مقترحات لتنقيح الدليل الخامس DSM-5 وذلك من خلال معايير التشخيص ، والتي تمت من قبل أعضاء مجموعات العمل على أساس المنطق العلمي ، ونطاق التغيير ، والأثر المتوقع على الإجراءات العلاجية السريرية ، وعلى الصحة العامة ، وقوة أدلة البحوث التي تدعم الوضوح الكلي للموقف ، كما شملت التنقيحات تغييرات في معايير التشخيص ؛ إضافة إلى رصد اضطرابات جديدة ، فرعية ، ومحددة . وتشمل مقترحات التنقيح ، نقاط القوة والضعف في المعايير ، وعلم تصنيف الأمراض الحالية ، كما تم النظر فى النتائج العلمية على مدى العقدين الماضيين ، مما يؤدي إلى صنع خطة بحثية لتقييم التغيرات المحتملة من خلال استعراض الأدبيات والبيانات والتحليلات الثانوية ، والتى تضمنت أربعة مبادئ موجهة لمشروع المراجعات وهى : -

١. المقصود بالدليل التشخيصى DSM-5 في المقام الأول أن يكون دليل لاستخدامه من قبل الأطباء ، وأن المراجعات يجب أن تكون مساعدة للممارسة السريرية الروتينية .
٢. ينبغي أن يسترشد الطبيب بتوصيات وتنقيحات أدلة البحوث .
٣. حيثما كان ذلك ممكنا ، ينبغي الحفاظ على الاستمرارية مع البنود السابقة .
٤. من البديهى وجود تغيير فى طبعات الأدلة التشخيصية ؛ للطبعات الأولى من الدليل DSM وبين الدليل الرابع ثم الخامس DSM-IV وDSM-5.

بناء على استعراضات الأدب الأولى ، حددت مجموعات العمل ضمن القضايا الرئيسة مجالات التشخيص الخاصة بهم . كما بحثت مجموعات العمل أيضاً المخاوف المنهجية الأوسع نطاقاً ، مثل وجود نتائج متناقضة داخل أدب الاضطرابات العقلية ، والتطوير المكرر المستمر لتعريف الاضطراب العقلي ، والقضايا المتشعبة ذات الصلة لجميع الاضطرابات ؛ وتنقيح الاضطرابات المصنفة في الدليل الرابع DSM-IV " والذى قد لا ينص على خلاف ذلك التشخيص " كما تم إدراج تلك الاقتراحات المنقحة في القسم الثاني عن طريق النظر في مزاياه وعيوبه بالنسبة للصحة العامة والعوامل السريرية الأخرى ، وقوة الأدلة ، وحجم التغيير . وحتى يتم اعتماد تلك التشخيصات الجديدة

والأنواع الفرعية للاضطرابات ، كان يشترط إضافة ، مزيد من الموثوقية (أي الدرجة التي يؤيدها اثنين من الأطباء - بشكل مستقل - للاتفاق على نفس التشخيص لمريض معين) . وحذفت بعض تشخيصات الاضطرابات التى تم اعتبارها فائدة منخفضة سريرياً أو ضعيفة . كما تم وضع ظرف : " شرط بحاجة لمزيد من الدراسة " في القسم الثالث ، وأصبح مرهونا بمزيد من الأدلة التجريبية قبل إقرار التشخيص ، وموثوقيته أو صلاحية التشخيص ، أو ضرورة جود حاجة سريرية واضحة ، وفائدة مرجوة في دفع عجلة البحوث لمزيد من دعم أدلة التشخيص .

وكان لاستخدام التجارب الميدانية دوراً فى تحسين موثوقية الدليل التشخيصى الثالث DSM-III . فى تصميم وتنفيذ استراتيجية التجارب الميدانية بالنسبة للدليل التشخيصى الخامس DSM-5 وتمثيل العديد من التغييرات على النهج المستخدمة للأدلة التشخيصية DSM-III وDSM-IV ، ولا سيما في الحصول على بيانات بشأن دقة تقديرات الموثوقية بإستخدام (مقياس إحصائي يقيم مستوى الاتفاق بين المقيمون بتصحيح درجة الاتفاق حول معدلات الانتشار Prevalence) وفي سياق الإعدادات السريرية مع مستويات عالية من الاعتلال المشترك لتشخيص DSM-5 ، فقد تم تمديد التجارب باستخدام اثنين من التصاميم المميزة : واحدة كبيرة ومتنوعة من الإعدادات الطبية الأكاديمية ، والأخرى في الممارسات السريرية الروتينية . وتم اتخاذ عينات كبيرة لاختبار الفرضيات ذات الموثوقية والفائدة السريرية عبر مجموعة من التشخيصات لمجموعة متنوعة من المرضى ، وظل الهدف الحصول على معلومات قيمة حول توظيف التنقيحات التي أجريت في الإعدادات السريرية اليومية لدى عينة متنوعة من المستخدمين لـ DSM . ومن المتوقع أن تركز الدراسات والأبحاث الأساس والسريرية في المستقبل على صحة تنقيح معايير التشخيص القاطع والميزات الأساس لأبعاد هذه الاضطرابات (بما في ذلك تلك التي يجري الآن استكشافها من قبل بحوث المجال وفق مبادرة معايير بنك الاستثمار القومي الأمريكى IH) .

وأجريت التجارب الميدانية الطبية الأكاديمية في أمريكا الشمالية (١١موقعاً) وتقييم الموثوقية ، والجدوى ، والفائدة السريرية ، مع إعطاء الأولوية لتلك التنقيحات التي تمثل أكبر قدر من التغيير من DSM-IV أو تلك التى يحتمل وجود أكبر تأثير لها على

الصحة العامة . كما تم فحص تشخيص الدليل الرابع DSM-IV والتركيز على الأعراض المرجحة للاضطرابات للاستفادة منها فى إعداد DSM-5 كنتيجة مباشرة لما تم تجربتها على عينات طبقية من (٤ - ٧) اضطرابات محددة ، بالإضافة إلى تطبيقها على عينة ممثلة لجميع التشخيصات الأخرى ، والذين خضعوا بشكل عشوائي لإجراء مقابلات سريرية من قبل تشخيص طبيب - محايد - تليها مقابلة ثانية للتشخيص مع طبيب آخر . ويتم ذلك بمساعدة الحاسوب ، بهدف توصيف الكثير من الأعراض الشاملة في أكثر من (اثني عشر) من المجالات النفسية الأساس . وتم تسجيل هذه المخزونات من قبل خادم حاسوبي مركزي ، وقدمت النتائج إلى Clinician قبل أن تجري مقابلات سريرية نموذجية (المعللة بتمحور بروتوكولى علمى محدد) . ثم طلب من الأطباء أن يسجلوا وجود معايير مؤهلة على تشخيص DSM-5 بمساعدة الحاسوب ، وتحديد التشخيص ، ونتيجة شدة التشخيص ، وتقديم جميع البيانات إلى الخادم على شبكة الإنترنت المركزية ..

ويسمح هذا التصميم لدراسة حساب الدرجة النهائية من إثنين من الأطباء المستقلين ، ويمكن أن يحدث بينهما توافق على التشخيص (باستخدام إحصائية كاباً Interclass) وقد يحدث الاتفاق حول مريض واحد أو اثنين / الناتج عن تقييم إثنين من الأطباء تجاه تقييمات منفصلة من الأعراض الشاملة ، والصفات الشخصية ، أو العجز ، وتدابير قوة التشخيص (باستخدام معاملات الارتباط Interclass) جنباً إلى جنب مع المعلومات ، والتقديرات الأكثر موثوقية . مع تقييم مدى معدل الانتشار Prevalence لتلك التقييمات .

وتشارك التجارب الميدانية فى الممارسة السريرية الروتينية ،وتم ذلك من خلال عينة من المتطوعين التي شملت الأخصائيين والأطباء النفسيين المتخصصين ، وعلماء النفس والعاملين الاجتماعيين السريريين المرخصين ، والمستشارين ، والأزواج ، وصولاً إلى أسر المعالجين ، وتشمل الممارسة المتقدمة للأمراض النفسية ممرضات الصحة العقلية . وقدمت التجارب الميدانية للدليل التشخيصى DSM-5 المقترح ، وذلك باتخاذ تدابير الأبعاد لمجموعة واسعة من الأطباء لتقييم جدواها وفائدتها السريرية .

المراجعة العامة والفنية General audit and technical :

تم في عام ٢٠١٠م ، أطلاق APA موقع ويب فريداً من نوعه ، لتسهيل إدخال العامة والمهنيين في DSM-5. حيث قامت بنشر جميع مشاريع معايير التشخيص والتغييرات المقترحة في المؤسسة على الموقع الخاص www .DSM5.org لفترة تعليق لمدة (شهرين فقط) . وذلك بهدف تقييم ردود الفعل لأكثر من ٨,٠٠٠ تعليق ، والتي تم استعراضها بشكل منهجي من قبل كل من مجموعات العمل لـ (١٣) من أعضائها ، عند الاقتضاء ، حول الأسئلة والتعليقات المتكاملة في مناقشة مشروع التعديلات وخطط اختبار التجارب الميدانية . بعد التنقيحات على مشروع المعايير الأولية المقترحة ، ثم تم نشر تلك المداخلات الثانية في عام ٢٠١١م .

وتم تبنى ردود فعل مجموعات العمل حول تنقيحات مشروع المعايير المبدئى ، على النت ، ودراسة نتائج التجارب الميدانية لتطبيق دليل DSM-5 عند صياغة مقترح المعايير النهائية ، والتي تم نشرها على موقع ويب للمرة الثالثة والأخيرة في عام ٢٠١٢م .

وقد أنتجت ثلاثة تكرارات من المراجعة الخارجية لأكثر من١٣,٠٠٠ من التعليقات التى تمت بشكل فردي على موقع ويب ، والتي تم تلقيها ومراجعتها من قبل مجموعات العمل ، بالإضافة إلى الآلاف الموقعين على عريضة من النظم لرصد بعض التنقيحات المقترحة للدليل التشخيصى ، وسمحت كل تلك المراجعات جميعها لفريق العمل من المعالجة بنشاط لكل إهتمامات المستخدمين وكذلك المرضى نحو دليل DSM ، بهدف التأكد من الفائدة السريرية ، والتى لا تزال تمثل أولوية عالية .

مراجعة الخبراء Experts Review :

أعضاء مجموعات العمل الـ (١٣) الممثلين لكل الخبرات في مجالات تخصصهم ، وقد تعاونوا مع المستشارين والمراجعين فى العمل لإخراج دليل DSM-5 ، والذى يعتمد على قوة صياغة معايير التشخيص والنص المصاحب . وأيد هذا الجهد فريق من شعبة الجمعية النفسية الأمريكية APA ومع موظفي البحوث المساعدين ، والتى تم تطويرها من خلال شبكة من منسقي النصوص من كل مجموعات العمل المشترك . وقد

تم تنسيق إعداد النص ، وفق نص محرر - مكتوب - والعمل في تعاون وثيق مع مجموعات العمل وتحت إشراف مباشر ، مدفوعين كمجموعة عمل بدافع قوة المهمة .

وأنشئت لجنة الاستعراض العلمي (SRC) لتوفير عملية استعراض آراء الأقران - الخارجية - والتى قسمت إلى مجموعات عمل . وتم تكليف نائب رئيس ، وستة من أعضاء اللجنة بمراجعة الدرجة التي يمكن بها دعم التغييرات المقترحة من الدليل الرابع DSM-IV مع الأدلة العلمية . وركز كل اقتراح على مراجعة التشخيص المطلوب ، وفق مذكرة من الأدلة من أجل التغيير ، والتى أعدت من قبل مجموعة العمل والتي يرافقها ملخصا للبيانات الداعمة للمنظمة ، وفى وجود مدققين في جميع خطوات إعداد معايير التشخيص المقترح (أي المصادقون مثل التجميع العائلي ، والمصادقون على الأعراض والعلامات البيولوجية ، والمصادقون على الاستجابة للعلاج أو المتعافين من المرض) . واستعرضت التقارير وسجلت وفقاً لقوة البيانات العلمية الداعمة . مع ترسيخ مبررات أخرى للتغيير ، مثل تلك التي تنشأ عن الخبرة السريرية أو الحاجة لإعادة صياغة المفاهيم من فئات التشخيص ، والتى كان ينظر إليها عادة بإعتباره خارج الاختصاص SRC . وتمت عشرات المراجعات ، والتي تفاوتت بشكل كبير عبر مختلف المقترحات ، وتم إقرار شرح مختصر مرافق لكل المقترحات ، ثم أعيدت إلى مجلس أمناء الجمعية النفسية الأمريكية (APA) أو مجموعـــــــات العمل للنظر فيها والاستجابة لها .

وتتألف اللجنة السريرية لتقييم الصحة العامة (CPHC) ، من رئيس ونائب رئيس ، وستة أعضاء ، تم تعيينهم للنظر فى الفائدة السريرية الإضافية ، والصحة العامة ، ومنطقية بهدف توضيح القضايا والمعايير التي لم تدرك حتى الآن ، والاكتفاء بنوع أو مستوى الأدلة التى تعتبر كافية للتغيير من قبل لجنة الاستعراض العلمي SRC . وخاصة فيما يختص بالمهم من اضطرابات الدليل الرابع DSM-IV مع التركيز على أوجه القصور المعروفة المدرجة فى الدليل التشخيصى الرابع ، والتي اقترحت من قبل في عملية تنقيح DSM

وتم تقييم هذه الاضطرابات الخارجية التي تم اختيار (٤ - ٥) منها وجرى استعراض لآراء المراجعين ، ونتائج الفحص من قبل الأعضاء المشاركين CPHC ،

والذين قدموا بدورهم توصياتهم إلى مجلس أمناء الجمعية النفسية الأمريكية APA الأمناء ومجموعات العمل المشترك .

وأجريت استعراضات الطب الشرعي من قبل أعضاء مجلس الجمعية البرلمانية الآسيوية حول الطب النفسي والقانونى للاضطرابات التى تظهر في كثير من الأحيان في بيئات الطب الشرعي ومنها ارتفاع إمكانية التأثير على الأحكام المدنية والجنائية في إعدادات قاعة المحكمة . ومجموعات العمل ، وأضيفت أيضاً خبراء الطب الشرعي كمستشارين في المجالات ذات الصلة لاستكمال الخبرة الفنية المقدمة من قبل مجلس الطب النفسي والقانونى . ووجهت مجموعات العمل نفسها لمراجعة كامل البحوث العلمية المرتبطة بمنطقة التشخيص ، بما في ذلك القديمة / والمنقحة ، ووفق معايير تشخيصية جديدة ، في عملية مكثفة استمرت لست سنوات متصلة ، لتقييم إيجابيات وسلبيات جمل إما صغيرة ، أو تغييرات متكررة أو تغييرات مفاهيمية رئيسة للمعالجة كأدوات لا مفر منها فى إحداث نهج مفاهيمي تشخيصي ، والذى قد يستمر على مدى عدة عقود .

وشملت هذه التغييرات إندماج مناطق تشخيص منفصلة مسبقاً في أكثر أبعاد التشخيص ، مثل اضطراب طيف التوحد ، واضطرابات تعاطي المخدرات ، الخلل الجنسي ، والأعراض جسدية والإضطرابات ذات الصلة . وشملت التغييرات الأخرى تصحيح العيوب التي برزت مع مرور الوقت في اختيار المعايير التشغيلية لبعض هذه الاضطرابات . هذه الأنواع من التغييرات تمثل تحديات خاصة لمراجعات لجنة الاستعراض العلمي SRC ، والتي شيدت لتقييم صلاحية معايير التشخيص الرابع DSM-IV . ومع ذلك ، فإن فريق عمل دليل DSM-5 ، الذي استعرض التغييرات المقترحة ، وكانت مسؤولية مراجعة النصوص تسير بالتزامن مع مجموعات العمل خلال هذه الفترة ، وعلاوة على ذلك ، فإن العديد من هذه التغييرات الكبرى تخضع لحقل الاختبار ، وعلى الرغم من أن الاختبار الشامل لجميع التغييرات المقترحة لا يمكن استيعابها من قبل مثل هذه التجارب بسبب ضيق الوقت وعدم توافر الموارد ، إلا أنه قد قدمت توصية نهائية من فريق العمل إلى المجلس من الجمعية النفسية الأمريكية APA ومن أمناء لجنة الجمعية البرلمانية الآسيوية على دليلDSM-5 للنظر في بعض الفوائد السريرية وجدوى ملامح التعديلات المقترحة .

وأخيراً عقدت لجنة DSM-5 هي لجنة مكونة مجموعة متنوعة من قادة التجمع ، والتي شملت مجموعة من الأطباء النفسيين من ذوى التنوع الأكاديمى من جميع أنحاء الولايات المتحدة ، وتم ذلك بالتعاون مع الجمعية النفسية الأمريكية APA ، وعينت "لجنة القمة " مسؤول تنفيذي لدورة توحيد المدخلات الصادرة من رؤساء اللجان واستعراض أعمال فرق العمل ، ومستشارى الطب الشرعي ، والإحصاء ، لاستعراض أولي للاضطرابات النفسية والعقلية من قبل التجمع ومجلس أمناء اللجان التنفيذية APA، ولجنة الاستعراض العلمي (SRC) . وصوتت الجمعية ، في نوفمبر٢٠١٢م ، أن توصي المجلس بالموافقة على نشر DSM-5 ، ووافق مجلس الأمناء APA على نشره في ديسمبر كانون الاول ٢٠١٢م .

الهيكل التنظيمي Organizational Structure :

يُعد تشخيص المعايير للأغراض السريرية والبحوث ، بمثابة جوهر دليل DSM-5 وتعرضت هذه المعايير للمراجعة العلمية ، وإن كان ذلك بدرجات متفاوتة ، وخضعت العديد من الاضطرابات للاختبار الميداني وتحقيق الموثوقية Interrupter . وفي المقابل ، فإن تصنيف الاضطرابات (والطريقة التي يتم تجميع الاضطرابات ، والتي تنص على تنظيم رفيع المستوى للدليل التشخيصى) .

ويعد دليل DSM بمثابة تصنيف طبي عالمى للاضطرابات النفسية والعقلية ، والذى استند - بشكل تاريخي - على المخطط المعرفي المفروض على المعلومات السريرية والعلمية لزيادة شمول وتعميم فوائدة . وعقب نصف قرن من تأسيس الدليل التشخيصى الثالث DSM-III ، بدأت في الظهور التحديات بالنسبة للأطباء والعلماء على حد سواء ، وتشمل هذه التحديات ارتفاع معدلات الاعتلال المشترك ضمن وعبر فصول DSM ، والاستخدام المفرط ، بما لا تنص عليه المعايير (NOS) ، وعدم القدرة على الاندماج المتزايد لتلك الاضطرابات وفقاً لــــ DSM ، والتى قد تتعارض جزئياً مع نتائج الدراسات الوراثية والاكتشافات العلمية الأخرى المستجدة .

كما بدأت APA ومنظمة الصحة العالمية لتخطيط التنقيحات لكل منها في DSM والتصنيف الدولي للاضطرابات (ICD) ، بهدف إمكانية تحسين الفائدة السريرية

للمرضى (على سبيل المثال ، من خلال المساعدة في شرح واضح للاعتلال المشترك) والتيسير العلمي للتحقق - من صحة التشخيص - من خلال إعادة التفكير في الهياكل التنظيمية لكل من بنود منشورات DSM

وكان أمراً حاسما للأمن المهني والطبي لفريق عمل DSM-5 ومنظمة الصحة العالمية المجموعة الاستشارية الدولية حول ضرورة مراجعة قسم ICD-10 الخاص بالاضطرابات العقلية والسلوكية ، وتبنى التنقيحات الداعمة لتعزيز العوامل السريرية ، والتى تظل في حدود المعلومات العلمية الواجب تبنيها بشكل جيد .

وعلى الرغم من أن الحاجة إلى الإصلاح بدا واضحاً ، إلا أنه من المهم أن يحترم ما تم التوصل إليه من نتائج علمية فضلاً عن التحدي التي من شأنه أن يحدث تغير سريع على نحو مفرط فى شكل البحوث السريرية المستمرة .

وهو ما يتطلب إعادة النظر في منظومة عملية التشخيص ، باعتباره المحافظ على عملية التطوير والإصلاح التشخيصى المستمر ، والذى من شأنه أن يسترشد بالأدلة العلمية الجديدة ، الناتجة عن العلاقات بين مجموعات الاضطراب النفسية والعقلية . وهو ما يتم بواسطة إعادة تجميع وإعادة ترتيب الاضطرابات القائمة ، والمنقحة ، وإتخاذ هيكل لتحفيز وجهات نظر سريرية جديدة تشجع الباحثين لتحديد العوامل النفسية والفسيولوجية الشاملة والمستجدة ، والتى - فى ذات الوقت - ليست ملزمة من قبل التسميات القاطعة والصارمة .

ومع ذلك يُعد استخدام معايير DSM -5 عاملاً هاماً وواضحاً ، بما قد يسهم فى صنع لغة مشتركة للتواصل بين الأطباء حول تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية . وتقع الاضطرابات التي تم تحديدها ، وتم قبولها للتطبيق السريري في القسم الثاني من الدليل . ومع ذلك ، تجدر الإشارة إلى أن هذه المعايير التشخيصية والخاصة ، تعتمد فى الأساس على تصنيف البحوث العلمية الحالية ، وربما يحتاج الأمر إلى إحداث تعديل ، وجمع أدلة جديدة عن طريق البحوث المستقبلية داخل وعبر المجالات المقترحة لتصنيف الاضطرابات .

وركز الدليل الحالى في القسم الثالث على بند " شروط مزيد من الدراسة " وذلك فى الدليل التشخيصى DSM -5 ، كما تم التوصل إلى أن الأدلة العلمية قد لا توفر كل

الدعم للاستخدام السريري على نطاق واسع . ويتم تضمين هذه المعايير التشخيصية لتسليط الضوء على التطور واتجاه التقدم العلمي في هذه المجالات لتحفيز إجراء مزيد من البحوث .

ومع أي عملية إستعراض لتلك الاضطرابات النفسية والعقلية ، وخصوصاً ما يتسم منها بالتعقيد ، فإن وجهات نظر مختلفة قد تظهر ، ولا بد من بذل جهد لإحترام مختلف وجهات النظر ، وبصورة عامة بما يستوعب آراء جميع المشاركين . وعلى سبيل المثال ، يتم تضمين اضطرابات الشخصية في كلا القسمين الثانيII و الثالث III . من هذا الدليل الحالى ، ويمثل القسم الثاني تحديثا للنصوص المرتبطة بنفس المعايير الموجودة في الدليل الرابع DSM-IV ، بينما يشمل القسم الثالث نموذج البحوث المقترحة لتشخيص اضطرابات الشخصية ، وفقاً لمفاهيم الشخصية فى DSM-5 ، ومع تطور هذا المجال ، فمن المؤمل أن كلا من الإصدارين للأدلة (الرابع / الخامس الحالى) سيخدم الاستخدامات السريرية .

مبادرات الممارسة والبحث Practice and research initiatives :

إن المواءمة مع منظمة الصحة العالمية ICD-11 قد ساهمت للمجموعات المكلفة بإعادة النظر في الأنظمة DSM وICD المشتركة ، كهدف أسمى للتنسيق بين التصنيفين إلى أقصى حد ممكن ، وذلك للأسباب التالية : -

١. وجود تصنيفين رئيسين للاضطرابات النفسية يعوق جمع واستخدام الإحصاءات الصحية الوطنية ، وتصميم التجارب السريرية التي تهدف إلى تطوير جديد للعلاج ، والنظر في مدى تطابق نتائجها المقارن على مستوى العالم .
٢. على نطاق أوسع ، فإن وجود تصنيفين يعقد محاولات للتكرارات العلمية لتلك النتائج عبر الحدود الوطنية .
٣. حتى لو كان القصد هو تحديد تطابق التشخيصات لدى المرضى بين التصنيفين DSM-IV ولم ICD-10 إلا أن النتائج أثبتت أن التشخيصات لا تتفق دائما .

الوكالات التنظيمية Regulatory agencies ،

في سياق المراجعات في وقت مبكر ، أصبح واضحا أن تشارك الجهود التنظيمية على صنع هيكل يساعد على التوفيق بين التصنيفات . وفي الواقع ، فإن استخدام إطار

مشترك ساعد في دمج أعمال DSM وICD عبر مجموعات العمل والتركيز على القضايا العلمية وفق DSM-5 ووفق الخطية المقترحة لل ICD-11 التي أقرتها معايير NIMH في بحوث المجال (RDOC) وهو ما يتفق مع الهيكل العام الأولي لهذا المشروع .

وكان من المتوقع وضع معايير محددة للاضطرابات ، ومع ذلك فإن معظم الاختلافات البارزة بين DSM والتصنيفات ICD لا تعكس الاختلافات العلمية الحقيقية ، وإنما تمثل 'بعداً تاريخياً من المنتج المستقل بينهما .

إلى مفاجأة من المشاركين في كل من عمليات المراجعة لكليهما ، حيث سقطت قطاعات واسعة بسهولة نسبيا في مكانها ، مما يعكس القوة الحقيقية في بعض المناطق من المؤلفات العلمية ، مثل علم الأوبئة ، وتحليل الاعتلال المشترك ، ودراسات التوئم ، وتعكس تلك الفروق بأنه حين يتم وضع اضطراب محدد في موضع مقارنة ومواجهة غير مكتملة في كثير من الأحيان ، وهو ما يوضح أنماط من الأعراض ، والاعتلال المشترك ، وعوامل الخطر المشتركة ، مثل اضطراب نقص الانتباه ADHD وضع مع الاضطرابات العصبية النمائية ، ولكن نقص الانتباه أيضاً بدعم نفس البيانات ، يقدم حجج قوية لوضع ADHD السيطرة على الانفعالات ، والسلوك المضطرب .

وتمت تسوية هذه القضايا مع رجحان الأدلة (وأبرزها موافقة المصادقون من قبل فريق عملDSM-5) . ومع ذلك ، أن الاكتشافات في المستقبل قد تغيير هذا الوضع ، فضلا عن ملامح من الاضطرابات الفردية ، وعلاوة على ذلك ، فإن تلك القضايا الخطية تدعم أفضل الممارسات السريرية ، إلا أنها قد لا تدرك تماما تعقيد وعدم تجانس تشخيصات الاضطرابات النفسية المنقحة ، ويتم تنسيق منظمة مع الاضطرابات النفسية والسلوكية فى (الفصل الخامس) من ICD-11 والتي سوف تستخدم نظام الترميز الرقمية الأبجدية الرقمية الموسعة . ومع ذلك ، فإن نظام الترميز الرسمي المستخدم في الولايات المتحدة في وقت نشر هذا الدليل ، والذى يتفق مع التصنيف الدولي للأمراض وفقاً التنقيح التاسع (ICD-9(ICD-9-CM ، .

أما التصنيف الدولي العاشر للأمراض ، الذى تمت مراجعته (ICD-10-CM) ، والمقتبس من ICD-10 ، للتنفيذ في الولايات المتحدة في اكتوبر تشرين الاول عام ٢٠١٤. وبالنظر إلى الإفراج الوشيك ICD-11 ، والذى سيكون الأكثر ملاءمة ،

وسوف يكون من الضروري استخدام رموز ICD-9-CM . وعلاوة على ذلك ، بالنظر إلى أن الهيكل التنظيمي DSM-5 سوف يعكس الهيكل المتوقع للـICD-11 ، في نهاية المطاف سوف ICD-11 رموز اتبع ترتيب تسلسلي للتشخيص في DSM-5.

نهج تشخيص الأبعاد Dimensional approach to diagnosis :

ظهرت مشاكل هيكلية متجذرة في التصميم الأساس لتصنيف الأدلة السابقة DSM ، والتي شملت عدداً كبيراً من الفئات التشخيصية الضيقة ، والتى ظهرت في كل من الممارسة السريرية والبحوث . وتأتى الأدلة ذات الصلة من مصادر متنوعة ، بما في ذلك من الاعتلال المشترك Shadiest .

وتظل الحاجة كبيرة لإجراء تشخيصات جديدة ، والتي تمثل غالبية التشخيصات في مجالات مثل اضطرابات الأكل ، اضطرابات الشخصية ، واضطراب طيف التوحد . ودراسات كل من عوامل الخطر الجينية والبيئية ، سواء أجريت تلك الدراسات على أساس تصاميم التوأم ، وعلم الوراثة ، أو التحليلات الجزيئية .

كما يثار القلق حول البنية القاطعة لنظام DSM . لأن النهج السابق DSM يحتمل عدم صحة التشخيص فى بعض بنوده ، أو أنها لم تتقاسم على نطاق واسع من الأعراض وعوامل الخطر / عبر العديد من الاضطرابات ، وهو ما يتضح في دراسات الاعتلال المشترك . كما ركزت الطبعات السابقة من DSM على استبعاد الفئات التشخيصية الضيقة ، ؛ ومع استبعاد النتائج الكاذبة من التشخيصات ، تتضح الحاجة واسعة النطاق لاستخدام التشخيصات المستندة على المعايير NOS .

وتتعلق التوصيات حول التعديلات في هيكل فصول DSM-5 ، وأعضاء مجموعة فريق عمل تشخيص الاضطرابات ، وقد تمت التوصية فى أحد عشر من المؤشرات فى هذا الشأن وهى : الركائز العصبية المشتركة ، الأسرة ، وعوامل الخطر الجينية ، والعوامل البيئية المحددة المخاطر ، والمؤشرات الحيوية ، والحالة المزاجية ، والتشوهات العاطفية / والمعالجة المعرفية ، أعراض التشابه المرضى ، والاعتلال المشترك العالي ، والاستجابة للعلاج المشترك . وهذه المؤشرات شملت المبادئ التوجيهية العملية لتوعية صانعي القرار من قبل مجموعات العمل ، وفرق العمل حول كيفية كتلة الاضطرابات لتحقيق أقصى قدر ممكن من مدى صحتها وفائدتها السريرية .

وقد وضعت سلسلة من الأوراق ، والتي نشرت في مجلة دولية بارزة (الطب النفسى ، المجلد ٣٩ ، ٢٠٠٩) كجزء من DSM-5 والدليل الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-11 ويرى المصادقون على عمليات التوثيق ، أنها كانت مفيدة للغاية لاقتراح تجميعات كبيرة من الاضطرابات بدلا من مجرد "التحقق" فى معايير التشخيص والاضطرابات الفردية .

والمقصود من ذلك هو إعادة تجميع الاضطرابات النفسية في DSM-5 لتمكينه عبر البحوث المستقبلية لتعزيز فهم أصول المرض وفهم – أكثر وعياً – للقواسم المشتركة بين الظواهر المرضية ، وبين الاضطرابات ، بهدف توفير قاعدة معلومات عريضة تسهم فى تحليل البيانات عبر التقييم المستمر لمزيد من الثقة فى التشخيصات ، ودعماً للصلاحية المستجدة . لذا سوف تكون المراجعات المستمرة من DSM-5 بمثابة مرجعية لوثيقة حية قابلة للتكيف مع المستقبل للاكتشافات الجديدة في علم الأعصاب ، وعلم الوراثة ، وعلم الأوبئة ، وذلك على أساس نتائج الدراسة التي نشرت فى DSM-5 وICD-11 ، وقد تجلى ذلك التجميع من الاضطرابات وفقا لما اصطلح على تسميته الإستيعاب الخارجي للعوامل المحيطة ، بما يمثل الإطار التجريبي الداعم . سواء داخل مجموعة الاستيعاب التى (تمثل اضطرابات القلق البارزة ، الاكتئاب ، أو الأعراض الجسدية) والمجموعة الخارجية (وتمثل اضطرابات بارزة مثل التسرع ، والسلوك التخريبي ، ومادة الأعراض الاستخدام المواد / مخدرات / عقاقير) ، والمشتركة مع العوامل الوراثية وعوامل الخطر البيئية ، كما يتضح ذلك من دراسات التوائم ، والتى من المحتمل أن تُفسر الكثير من منهجية الأمراض المصاحبة ، والتى ينظر إليها في كل من العينات السريرية والمجتمعية . أما الوضع المتاخم "لاستيعاب الإضطرابات" فيتميز بالمزاج المكتئب ، والقلق ، والفسيولوجية ذات الصلة بما سبق / والأعراض المعرفية ، والتى ينبغي أن تساعد في وضع نُهج جديدة للتشخيص ، بما في ذلك نهج الأبعاد ، والتى يمكن أن تُسهل طرق تحديد العلامات البيولوجية . وبالمثل ، Adjacencies بالنسبة "للمجموعة الخارجية " بما في ذلك الاضطرابات العارضة المعادية لسلوكيات المجتمع ، والاضطرابات السلوكية ، والإدمان ، واضطرابات السيطرة على الانفعالات ، وأخيراً ينبغي تشجيع التقدم في تحديد التشخيص ، وطرق كشف العلامات المنذرة ، والآليات الكامنة .

على الرغم من المشكلة التي يطرحها التشخيص القاطع ، اعترف به فريق العمل لـ DSM-5 إلا أنه من السابق لأوانه علميا أن تقترح تعريفات بديلة لمعظم الاضطرابات .

أما المقصود بالهيكل التنظيمي فهو بمثابة جسر لنهج جديد للتشخيص من دون تعطيل للممارسة السريرية الحالية أو البحث المدعوم من DSM والمرتبط بالمواد التدريبية ، والمعاهد الوطنية للصحة ووكالات التمويل الأخرى ، والمنشورات العلمية ، والمزيد من أبعاد نهج DSM-5 كما يمكن للهيكل التنظيمي أن يُسهل البحث عبر فئات التشخيص الحالية من خلال تشجيع تحقيقات واسعة داخل الفصول المقترحة (لـ DSM-5) ، وذلك مثل إعادة صياغة البحوث ، كما ينبغي أيضاً وضع أهداف DSM-5 مركزية لتطوير المناهج ، وصولاً إلى فهم أبعاد التشخيص ، والتي من المرجح أن - تكمل أو تحل - محل النهج الحالي في قاطع السنوات القادمة .

اعتبارات النمو Considerations growth :

لتحسين العوامل السريرية يركزDSM-5 على الاعتبارات التنموية والعمرية ، والذى يبدأ مع التشخيص الذى يعتقد أنه يعكس العمليات التنموية التي تظهر في وقت مبكر من الحياة (على سبيل المثال ، النمو العصبي وانفصام الشخصية وغيرها من أطياف الاضطرابات الذهانية) ، تليها التشخيصات التي هى أكثر وضوحا عادة في مرحلة المراهقة ومرحلة الشباب (على سبيل المثال ، اضطرابات بين القطبين ، الاكتئاب واضطرابات القلق) ، وينتهي مع التشخيصات ذات الصلة إلى مرحلة البلوغ والحياة في وقت لاحق (على سبيل المثال ، والاضطرابات العصبية) . كنهج مماثل ، وقد تم اتخاذ ذلك حيثما أمكن ، في كل فصولDSM-5 . ويسهل هذا الهيكل التنظيمي استخدام شامل للمعلومات حول المرحلة العمرية كوسيلة للمساعدة في التشخيص السليم وصنع القرار .

التنظيم المقترح لفصول DSM-5. ويستند دليل DSM-5 على مجموعات من استيعاب الاضطرابات العصبية النمائية ، (العاطفية والجسدية) والاضطرابات الخارجية ، والاضطرابات العصبية ، وغيرها من الاضطرابات . ومن المؤمل لهذه المنظمة (DSM-5) تشجيع المزيد من الدراسة حول العمليات الفسيولوجية المرضية

الكامنة ، والتي قد تؤدي إلى الاعتلال المشترك للتشخيص ، أو عدم تجانس الأعراض . علاوة على ذلك ، عن طريق ترتيب الفوضى لدى مجموعات تعكس من خلالها الواقع السريري ، وينبغي لـ DSM-5 تسهيل تحديد التشخيصات المحتملة من قبل متخصصين فى المجالات الصحية غير العقلية ، مثل أطباء الرعاية الصحية الأولية .

كما يسير الهيكل التنظيمي للـ DSM-5 ، جنبا إلى جنب مع ICD كمواءمة ، تم تصميمها لتقديم المفاهيم التشخيصية ، وعلى نحو أفضل وأكثر مرونة للحقبة القادمة من البحوث ، إضافة إلى كونه بمثابة دليل مفيد للأطباء في شرح التشخيص ، خاصة للمرضى الذين قد سبق وتلقوا تشخيصات متعددة ، أو لماذا حصلوا على تشخيصات إضافية ، أو لماذا تم تغييرها أكثر من مرة فى حياتهم ؟ .

القضايا الثقافية Cultural issues :

يتم تعريف الاضطرابات النفسية وفقاً لما يتعلق بالمعايير والقيم الثقافية والاجتماعية والأسرية . والتى توفر الأطر التفسيرية الثقافية ، والتي تشكل الخبرة والتعبير عن الأعراض والعلامات والسلوكيات التي تُعد بمثابة معايير لتشخيص المرض .

كما يجب مراعاة العوامل الثقافية ، وصياغتها داخل الأسرة وفقاً للنظم والمؤسسات الاجتماعية الأخرى . كما يجب أن ينظر إلى التشخيص ، فيما إذا كان تقييم خبرات الفرد ، والأعراض ، والسلوكيات تختلف عن المعايير الاجتماعية والثقافية ، والتى قد تؤدي إلى صعوبات في التكيف في ثقافات المنشأ وفي سياقات اجتماعية أو عائلية معينة . أما الجوانب الرئيسة للثقافة الوثيقة الصلة بالتشخيص ، كل تلك العوامل من التصنيف والتقييم ، هى ما ينظر إليها في تطوير DSM-5.

في القسم الثالث من هذا الدليل الحالى يتم "صياغة العوامل الثقافية" ، والذى يحتوى على مناقشة مفصلة للثقافة والتشخيص في DSM-5 ، بما في ذلك ترسيخ أدوات التقييم الثقافي في العمق، وتقديم وصفا للمتلازمات الثقافية المشتركة ، وتعابير الشدة ، والتفسيرات السببية ذات الصلة بالممارسة السريرية . مع مراعاة الحدود بين الحياة الطبيعية وعلم الأمراض ، والتى تختلف باختلاف الثقافات ، وباختلاف أنواع محددة من السلوكيات . كما تختلف كذلك عتبات التسامح للأعراض أو سلوكيات معينة عبر

الثقافات ، والأوساط الاجتماعية ، والأسر ، وبالتالي فإن المستوى الذي يصبح تجربة إشكالية أو مرضية سوف تختلف باختلاف المكان والزمان . والحكم هنا / أن أى سلوك معين - غير طبيعي - يتطلب الانتباه السريري يعتمد فى الأساس على المعايير الثقافية التي يستبطنها والظروف التى يتم فيه تطبيقها من قبل الآخرين من حولهم ، بما في ذلك أفراد الأسرة والأطباء . كما يركز الدليل التشخيصى DSM-5 على الوعي بأهمية الثقافة ، والتى قد تصحح التفسيرات الخاطئة للاضطراب النفسي ، وقد 'تسهم الثقافة أيضاً في فهم مظاهر الضعف والمعاناة (على سبيل المثال ، عن طريق تضخيم المخاوف التي تحافظ على اضطرابات الهلع أوالقلق الصحى) . ويمكن للمعاني الثقافية ، والعادات ، والتقاليد أيضاً المساهمة ، أو الدعم في الاستجابة الاجتماعية والعائلية للمريض العقلي .

وقد توفر الثقافة استراتيجيات المواجهة التي تعزز المرونة في الاستجابة للمرض ، أو اقتراح نوعية الدعم والمساعدة ، كما تسعى الثقافة إلى الوصول إلى خيارات الرعاية الصحية من مختلف الأنواع ، بما في ذلك البديل والنظم الصحية التكميلية . وقد تؤثر الثقافة على القبول أو الرفض للتشخيص والتمسك بالعلاجات ، التي تؤثر على مسار المرض والشفاء . وتؤثر الثقافة كذلك على سير اللقاء السريري ، ونتيجة لذلك ، فإن الاختلافات الثقافية بين الطبيب والمريض - قد يكون - لها آثار على دقة وقبول التشخيص كما ينطبق على ذلك على قرارات العلاج ، وعلى الاعتبارات المنذرة ، امتداداً إلى النتائج السريرية .

وتاريخيا ، ظل بناء متلازمة ثقافية ذا فائدة رئيسة فى الطب النفسي الثقافي في DSM-5 ، وقد تم استبدال هذا البناء من قبل ثلاثة مفاهيم التي تقدم أكبر فائدة سريرية : -

١. المتلازمة الثقافية : وتشير إلى مجموعة مشتركة 'تسهم في حدوث أعراض ثابتة نسبيا ، وتوجد في مجموعات ثقافية معينة ، أو فى سياق مجتمعى معين (على سبيل المثال ، Ataque دي Nervios) . وقد تكون / أو لا تكون معترف بها باعتبارها متلازمة المرض داخل الثقافة (على سبيل المثال ، فإنه قد توصف بطرق مختلفة) ، ولكن مثل هذه الأنماط الثقافية ، وملامح المرض ، مع ذلك قد يكون معترف بها من قبل مراقب الخارجي .

٢. اللغة الثقافية : الشدة هى مصطلح لغوي أو عبارة ، أو وسيلة للتعبير عن المعاناة بين الأفراد في جماعة ثقافية مماثلة معينة (مثل الدين / والعرق) في إشارة الى المفاهيم المشتركة لعلم الأمراض وطرق التعبير ، والتواصل ، أو التسمية الأساس لملامح الضيق (على سبيل المثال ، Kufiingisisa) . هى عبارة تشير إلى الشدة ، ولا يلزم أن تكون مرتبطة مع أعراض محددة من المتلازمات ، أو الأسباب المتصورة . وهذا المفهوم Kufiingisisa يمكن استخدامه لنقل مجموعة واسعة من عدم الراحة ، بما في ذلك التجارب اليومية ، والظروف الإكلينيكية ، أو يعاني فقط بسبب الظروف الاجتماعية / بدلا من الاضطرابات النفسية . وعلى سبيل المثال ، فإن معظم الثقافات تستخدم التعابير الجسدية الأكثر شيوعاً للتعبير عن الشدة المستخدمة عبر مجموعة واسعة من المعاناة والمخاوف .

٣. التفسير الثقافي : يستند التفسير الثقاف أو المتصور ، على ميزة تفسيرية للنموذج الذي يوفر مسببات التصور الثقافي أو سببا للأعراض الناتجة عنه ، كما قد 'يعبر عن المرض ، أو الاستغاثة بتفسيرات سببية من السمات البارزة من التصنيفات الشعبية الشائعة (مثلاً : دماغى هتنفجر) ، لوصف المرض المستخدم من قبل الأشخاص العاديين أو المعالجين .

هذه المفاهيم الثلاثة (التي يتم توفيرها للمناقشة والأمثلة في القسم الثالث من هذا الدليلDSM-5) مع توفير مقترح لسبل التفاهم الثقافي ووصف خبرات المرض التي يمكن استخلاصها في اللقاء السريري . والذى يؤثر على تشخيص أعراض المرض ، والمساعدة على فهم العروض السريرية ، والتوقعات من العلاج ، والتكيف المرض ، والاستجابة لتلقى العلاج . وغالباً ما يخدم هذا المدى الثقافي التفسير الصحيح للاضطرابات النفسية والعقلية عبر الثقافات .

الاختلافات بين الجنسين Differences between the sexes :

الجنس والفوارق بين الجنسين من حيث صلتها بأسباب التعبير عن الحالات الطبية ، وقد تتصل بعدد من الأمراض ، بما في ذلك الاضطرابات النفسية المحددة . وشملت تنقيحات DSM-5 استعراض الخلافات المحتملة بين الرجال والنساء في التعبير عن المرض العقلي ، وذلك من حيث التسمية ، والفروق بين الجنسين وقد تعزى تلك

الاختلافات إلى الأعضاء التناسلية للفرد وXY / XX أو مكملا للكروموسومات . ووقد تشمل الفروق بين الجنسين الاختلافات التي تنجم عن الجنس البيولوجي ، وكذلك التمثيل الذاتي للفرد المتضمن للجوانب النفسية والسلوكية والاجتماعية للفرد .

الإختلافات بين الجنسين في الدليل DSM-5 ، هى أكثر شيوعاً ، بين الرجال والنساء ، وهي نتيجة كل من الجنس البيولوجي والفردي ، والتمثيل الذاتي . ومع ذلك ، قد تعود بعض الاختلافات في الجنس البيولوجي فقط بين الجنسين ، وهو ما يمكن أن يؤثر على المرض عبر مجموعة متنوعة من الطرق هى :

الأولى : أنها قد تحدد حصراً ما إذا كان الفرد معرض لخطر الاضطراب (على سبيل المثال ، كما هو الحال في اضطراب ما قبل الحيض) .

الثانية : نوع الجنس قد يكون معتدل المخاطر كلياً فى تطوير الاضطراب ، وذلك كما يتضح من الفروق بين الجنسين الملحوظة في معدل الانتشار Prevalende ومعدلات الإصابة ونوعية الاضطرابات النفسية .

الثالث : قد يؤثر الجنس على إحتمال ظهور أعراض معينة ، مثل اضطراب فرط النشاط الأكثر شيوعاً لدى الفتيان ، والذى من المرجح أن تكون له آثار أخرى على تجربة الفوضى ، وبشكل غير مباشر على تشخيص الأمراض النفسية ذات الصلة ، وقد تكون بعض الأعراض أكثر تأييداً بسهولة من قبل الرجال أو النساء ، وهذه الاختلافات قد تسهم في تقديم الخدمات الفعالة (على سبيل المثال ، قد تكون النساء أكثر عرضة للاكتئاب ، الهوس الاكتئابي ، أو اضطراب القلق وتسمح بقائمة أكثر شمولا من الأعراض لدى الذكور) .

أحداث دورة الحياة الإنجابية Reproductive life cycle events :

ويتصل بها تلك الاختلافات فى إفراز هرمون الإستروجين ، وهو ما يسهم أيضاً في الاختلافات بين الجنسين في المخاطر والتعبير عن المرض . وبالتالي ، فإن محددات ظهور أعراض ما بعد الولادة قد ترتبط بإضطرابات الهوس أو نوبة اكتئاب كبرى ، والتى تستمر عبر فترة زمنية معينة ، وقد تكون النساء في خطر متزايد مع بداية حلقة المرض ، وغالباً ما تظهر تلك التعديلات المعيارية بعد الولادة ، وبالتالي فقد تكون أقل موثوقية فى التشخيص لدى النساء بعد الولادة .

وقد تم تكوين الدليل DSM-5 ليشمل معلومات عن الجنسين عبر مستويات متعددة . وقد أضيفت – فى هذا الدليل – أعراض محددة بين الجنسين ، وأضيفت إلى معايير التشخيص (A) المتصل بنوع الجنس المحدد ، مثل بدء فترة بدء الولادة ، وما يصاحبها من تغير فى حلقة المزاج ، وقد يوفر الدليل الحالى DSM-5 معلومات إضافية على نوع الجنس والتشخيص . وغيرها من القضايا التي هي ذات الصلة بالتشخيص والمساواة بين الجنسين ، رغم الاعتبارات التى أمكن العثور عليها في قسم "الجنس المتصل بتشخيص القضايا" فى هذا الدليل الحالى .

استخدام محدد واضطرابات أخرى غير المحددة :

Use of specific disorders and other non-specific

لتعزيز نوعية التشخيص فى DSM-5 يستبدل تسمية المعايير(NOS) السابقة مع اثنين من خيارات للاستخدام السريري هما : اضطراب محدد وغيرها / من اضطراب غير محدد . أما الاضطراب المحدد فيتم من خلاله تحديد فئة الاضطراب للسماح الطبيب لإيصال سبب محدد للعرض الذى لا يستوفي معايير أي فئة معينة ضمن تشخيص تلك الفئة . ويتم ذلك من خلال تسجيل اسم الفئة ، يليها سبب محدد ، على سبيل المثال ، بالنسبة للفرد مع أعراض الاكتئاب الهام السريري الدائم لمدة (٤ أسابيع) ولكن الذي لا يرقى إلى مستوى عتبة التشخيص ، هى أعراض نوبة الاكتئاب الكبرى ، فإن الطبيب هنا يقوم بتسجيل " اضطراب الاكتئاب المحدد ، والاكتئاب مع أعراض غير كافية " . وإذا اختار الطبيب عدم تحديد السبب فإن المعايير قاصرة ولم يتم الوفاء بها لتشخيص الاضطراب المحدد .

ويلاحظ أن التمايز بين الاضطراب المحدد ، يستند على اضطرابات غير محددة بناً على قرار الطبيب ، مع توفير أقصى قدر ممكن من المرونة لتشخيص المرض . ولا يجب على الأطباء أن يفرقوا بين الاضطرابات المحددة وغير المحددة ، استنادا إلى بعض من سمات العرض نفسه . وعندما يجد الطبيب أن هناك أدلة لتحديد الطبيعة السريرية ، فيمكن عندها إعطاء تشخيص محدد .

وحين يصبح الطبيب غير قادراً على مواصلة تحديد ووصف الأعراض السريرية ، فيمكن له إعطاء عبارة (تشخيص غير محدد) . ثم يترك هذا الأمر تماما ،

لغيره من الأخصائيين ليصل إلى الحكم السريري . والاطلاع على مناقشة أكثر تفصيلا لكيفية استخدام غيرها من التسميات المحددة وغير المحددة .

نظام متعدد المحاور A multi-pronged :

على الرغم من الاستخدام الواسع النطاق لــ DSM واعتماده من قبل بعض شركات التأمين والوكالات الحكومية ، إلا أنه لم يكن مطلوبا للعديد من المحاور في نظام الدليل الرابع DSM-IV لإجراء تشخيص الاضطراب العقلي . A أدرج نظام تقييم غير محورى Nonaxial لمجرد سرد مناسبة المحور الأول والثاني والثالث للاضطرابات والظروف دون تسمياتها بالمحوري .

وإنتقل DSM-5 عير المحورى Nonaxial إلى توثيق التشخيصات (السابقة محاور الأول والثاني ، والثالث) ، مع الرموز المنفصلة للعوامل النفسية والاجتماعية الهامة، منها : السياقية (فى المحور الرابع) والعجز (فى المحور الخامس) . وينسجم هذا التعديل ينسجم مع النص فى الدليل الرابع DSM-IV الذى ينص على : "إن التمييز عديد المحاور بين المحور الأول ، المحور الثاني ، والمحور الثالث للاضطرابات / لا يعني أن هناك إختلافات أساسية في المفاهيم ، وأن الاضطرابات النفسية التي لا علاقة لها بالعوامل أو العمليات الفيزيائية أو البيولوجية ، أو أن الحالات الطبية العامة ، ولا علاقة لها بالعوامل أو العمليات السلوكية أو النفسية" .

ويشير نهج حدة التشخيص إلى العوامل النفسية والاجتماعية والسياقية التى تتسق أيضاً مع معايير منظمة الصحة العالمية (ICD) للنظر في الوضع الوظيفي للفرد على حدة ممن (له / أو لها) تشخيص للأعراض في DSM-5 ، وقد تم الجمع بين المحور الثالث مع محاور الأول والثاني . وينبغي أن يواصل الأطباء سرد الظروف الطبية التي تعتبر مهمة لفهم أو إدارة الاضطراب العقلي للفرد .

أما الدليل التشخيصى الرابع DSM -IV فيغطي المحور الرابع للمشاكل النفسية والاجتماعية والبيئية التي قد تؤثر على التشخيص والعلاج للاضطرابات النفسية والعقلية . وعلى الرغم من أن هذا المحور قدم معلومات مفيدة ، حتى لو لم يستخدم – في كثير من الأحيان – على النحو المنشود .

وقد أوصى فريق العمل فى DSM-5 بتصنيف النظام النفسي والمشاكل البيئية ، وذلك باستخدام مجموعة مختارة من رموز V ICD -9-CM ورموز Z الجديدة الواردة في دليل منظمة الصحة العالمية العاشر (ICD-IO-CM) وتم فحص رموز Z ICD-10 لتحديد الأكثر ملاءمة لتفسير الاضطرابات النفسية ، وكذلك تحديد أوجه النقص فى تدفق المعلومات المتصلة بفهم وتفسير تلك الاضطرابات .

وركز الدليل التشخيصى الرابع DSM-IV على المحور الخامس الخاص بمعايير التقييم العالمي ليعمل GAF كحكم طي على المستوى العام للفرد ، ومن أجل توفير قدر معايير عالمية معترف بها للإعاقة ، ومنظمة الصحة العالمية وتم تضمين الإعاقة الجدول تقييم (WHODAS) ، لمزيد من الدراسة ، في العمل الثالث DSM-5 ويستند هذا التقييم على المعايير الدولية لتصنيف آليات العجز / والصحة (ICF) للإستخدام في جميع أوجه الرعاية الطبية والصحية ، كم تم إدراج وضع للأطفال والمراهقين وآبائهم من قبل مجموعة دراسة متدني الإعاقة في تجربة ميدانية فى الدليل التشخيصى الخامس DSM-5.

تحسينات على الإنترنت : **Improvements on the Internet** مثل إدراج DSM-5 على الإنترنت – تحدياً – لتكون ذات صلة سريرية كونها (أكثر فائدة / من عدمها) ، وفي الوقت نفسه المحافظة على حجم معقول من الدليل الخامس . لهذا السبب ، تم إدراج جداول التقييم السريري والتدابير في النسخة المطبوعة غير المحدودة والأكثر ملاءمة . مع توفير تدابير إضافية للتقييم المستخدم في التجارب الميدانية على شبكة الإنترنت ، والتى ترتبط بالاضطرابات ذات الصلة بالصياغة الثقافية المقابلة ، مع توفير وحدات تكميلية لصياغة جوهر المقابلة الثقافية على الإنترنت في

. www .psychiatry .org/DSM5

ويتاح DSM-5 للاشتراك عبر الإنترنت في PsychiatryOnline .org وكذلك على الفيسبوك . ويحتوي على وحدات وأدوات التقييم لتعزيز التشخيص ، ومعايير لفهم النص . وتتوفر أيضاً على الإنترنت مجموعة كاملة من المراجع الداعمة ، مع المعلومات مفيدة الإضافية .

ويستخدم الهيكل التنظيمي لـ DSM-5 ، وفق تدابير الأبعاد ، والتوافق مع رموز معايير منظمة الصحة العالمية (ICD) والتى تسمح بقابليتها على التكيف بسهولة مع

الاكتشافات العلمية المستقبلية والتحسينات في العوامل السريرية . وسيتم تحليل DSM-5 مع مرور الوقت لتقييم مدى صلاحية استخدامه كدليل ، وذلك بصورة مستمرة ، مع تعزيز قيمته لدى الأطباء ، حيث تم تصميم هذا القسم لتوفير دليل عملي لاستخدام DSM-5 ، وبخاصة في الممارسة السريرية .

ويظل الغرض الأساسي من DSM-5 هو مساعدة الأطباء المدربين في تشخيص الاضطرابات النفسية لمرضاهم ، كجزء من تقييم حالة صياغة تؤدي إلى وضع خطة العلاج . أما الأعراض الواردة في مجموعات كل منها من معايير التشخيص ، فهى لا تشمل تعاريف شاملة للاضطرابات الكامنة ، والتي تشمل الجوانب المعرفية والعاطفية والسلوكية ، والعمليات الفسيولوجية التي هي أكثر تعقيداً بكثير مما يمكن وصفها في هذه الجزئية المختصرة .

وبدلا من ذلك ، فهى تهدف إلى تلخيص أعراض مميزة من علامات وأعراض المرض ، والتى قد تشير إلى وجود اضطرابات كامنة ، قد يكون لها تاريخ تنموي مميز ، كما ترتبط عوامل الخطر البيولوجية والبيئية ، بالعوامل العصبية الفسيولوجية ، لذلك يجب عند صياغة نهج الحالة السريرية بالنسبة لأي مريض ، أن تنطوي على التاريخ الطبي الدقيق والموجز ، ويشمل ملخص من العوامل الاجتماعية والنفسية والبيولوجية التي ربما تكون قد أسهمت فى تطوير اضطراب عقلي معين . وبالتالي ، فإنه لا يكفي للتحقق ببساطة حول الأعراض في المعايير التشخيصية لاضطراب معين ، إلا عقب مروره بمراحل الفحص والتشخيص الموازى الدقيق .

وعلى الرغم من الاختيار المنهجي لوجود هذه المعايير التى لا تنطبق على كل مريض ، إلا أنه ينبغى التأكيد على أهمية أن يكون التقييم أكثر موثوقية ، ويكافئ المعايير الفردية والمسهمة في التشخيص ، والحكم السريري الصحيح .

كما تمثل الأعراض أهم معايير التشخيص كجزء من كمية محدودة نسبيا من استجابات الأفراد العاطفية الداخلية ، أو الضغوط الخارجية التي تؤثرعموما في التوازن التماثل الساكن - الكامن - دون اضطراب في السير الظاهر العادي .

وتؤدى العوامل الوقائية في حالة Psychopathological التي ظهور علامات جسدية وأعراض تتجاوز الحدود العادية . ويتمثل الهدف النهائي في صياغة الحالات

السريرية ، والمعلومات التشخيصية للاستخدام السياقي المتاح ، بهدف وضع خطة العلاج الشامل الذي يتناسب مع السياق الثقافي والاجتماعي للفرد . ومع ذلك ، فإن توصيات اختيار وإستخدام خيارات العلاج المبنية على الأدلة الأنسب لكل اضطراب هي خارج نطاق هذا الدليل DSM-5.

وعلى الرغم من توالى عقود زمنية من الجهود العلمية ، التى بذلت لتطوير معايير التشخيص لمجموعات الاضطرابات المدرجة في القسم الثاني من هذا الدليل ، فمن المسلم به جيدا أن هذه المجموعة من التشخيصات القاطعة ، لا تصف تماماً مجموعة كاملة من الاضطرابات النفسية التي تواجه الأفراد ، والأطباء على أساس يومي في جميع أنحاء العالم . كما لوحظ سابقاً عبر مجموعة من بحوث الجينات ، والتفاعلات البيئية على مدار التنمية البشرية التي تؤثر على الوظائف المعرفية والعاطفية والسلوكية ، والتى لا حدود لها . ونتيجة لذلك ، فإنه من المستحيل حصر مجموعة كاملة من الأمراض النفسية في فئات التشخيص القاطع المستخدم الآن ،وبالتالي ،فمن الضروري أيضاً أن تشمل نتائج التشخيص أمور"غير محددة/وأخرى محددة " .

أما خيارات اضطراب تقديم العروض التي لا تناسب حدود التشخيص للاضطرابات ، فتم وضعها في كل فصل ، وقد وضع فى قسم الطوارئ ، تحديد التعابير للأعراض الأبرز المرتبطة فى القسم الثانى الخاصة بالضلالات والهلاوس ، والهوس ، والاكتئاب ، والقلق ، وتسمم المخدرات ، والأعراض العصبية ، بحيث يتم تعريف الاضطراب " غير المحدد " في هذه الفئة حتى يتم تشخيصه بأقصى صورة تفاضلية ممكنة .

تعريف الاضطراب العقلي Definition of mental disorder :

كل الاضطرابات المحددة في القسم الثاني من هذا الكتاب (باستثناء تلك الموجودة في فصول بعنوان " اضطرابات الحركة الناتج عن الأدوية والآثار الجانبية الأخرى للأدوية " و" الشروط الأخرى التي قد تكون محط اهتمام سريري ") والتى يجب أن تستوفي تعريف الاضطراب عقلي . وعلى الرغم من أن أي تعريف يمكن أن يحتوى على كل جوانب الاضطرابات في نطاق التشخيص الوارد في DSM-5 ، من خلال العناصر التالية : -

- الإضطراب العقلي : وهو متلازمة تتميز باضطرابات سريرية هامة في الفرد مثل تشتت الإدراك ، وتنظيم العاطفة ، أو السلوك الذي يعكس خلل وظيفي في العمليات النفسية والبيولوجية ، أو التنموية الكامنة .
- الأداء العقلي : عادة ما يرتبط بالاضطرابات النفسية الهامة مع ضائقة أو عجز في الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أوغيرها . أو الاستجابة غير المتوقعة أو الموافقة عليها ثقافياً وصولاً إلى الضغوطات أو الخسارة المشتركة ، مثل وفاة أحد أفراد أسرته ، والتى لا تنتمى إلى الاضطراب العقلي .

- السلوك المنحرف اجتماعياً : (على سبيل المثال ، الاجتماعية ، أو الجنسية) والصراعات التي هي في المقام الأول تتم بين الفرد والمجتمع ، ولا تنتمى للاضطرابات النفسية ، إلا إذا كان الانحراف أو نتائج الصراع نتجت عن خلل فردى ، كما هو موضح أعلاه .

يجب أن يكون تشخيص الاضطراب العقلي ينطوى على فحص سريري : كما يجب أن يساعد الأطباء فى تحديد التشخيص وخطط العلاج ، ونتائج العلاج المحتمل لمرضاهم . ومع ذلك ، فإن تشخيص الاضطراب العقلي لا يعادل الحاجة للعلاج . ويحتاج العلاج إلى إصدار قرار سريري معقد يأخذ بعين الاعتبار شدة الأعراض ، وبروز الأعراض (على سبيل المثال ، وجود تفكير في الانتحار / إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، واستغاثة المريض (الألم النفسي) المرتبط بأعراض المرض النفسى ، والإعاقة المتعلقة بالمخاطر والفوائد من العلاجات المتوفرة ، والعوامل الأخرى (على سبيل المثال ، أعراض الأمراض النفسية) . وبالتالي قد يواجه الأطباء الأفراد الذين لا تلبي المعايير لديهم الأعراض الكاملة للاضطراب العقلي ، والذي يبرهن على وجود حاجة واضحة لتلقي العلاج أو الرعاية . ومع العلم - حقيقة - أن بعض الأفراد لا تظهر لديهم جميع الأعراض الإرشادية من التشخيص ، إلا أنه ينبغي ألا تستخدم لتبرير الحد من حصولهم على الرعاية المناسبة .

وللتحقق من صحة النهج لمعايير التشخيص للاضطرابات العقلية الفئوية المنفصلة فقد شملت الأنواع التالية من الأدلة وهى :

المصادقة السابقة وتشمل (علامات وراثية مماثلة ، الصفات الأسرية ، المزاج العام ، والتعرض لعوامل بيئية) ، أما المصادقة المتزامنة فتشمل (مماثلة الركائز العصبية ، المؤشرات الحيوية ، والتجهيز العاطفي والمعرفي ، وأعراض التشابه) ، والمصادقة التنبؤية وتشمل (دورة سريرية مماثلة ، والاستجابة للعلاج) .

وينوه فيDSM-5 ، بأن معايير التشخيص الحالية لأي اضطراب واحد سوف لاتشكل بالضرورة تحديد مجموعة متجانسة من المرضى الذين يمكن أن توصف الأعراض لديهم بشكل موثوق من جميع المصادقون . وتشير الأدلة المتاحة بأن هذه المصادقة تتيح القائمة التشخيصية لحدود الأعراض ، ولكنها تميل إلى التجمع على نحو أكثر تواترا داخل وعبر المتاخمة من دليل DSM-5 فى الفصل بين المجموعات .

وحتى يتم تحديد الآليات الفسيولوجية المرضية المسببة أو غير قابلة للدحض ، للتحقق من صحة التشخيص بالكامل سواء من اضطرابات معينة أو من اضطراب الأطياف ، والمعيار الأهم هنا هو معايير اضطراب DSM-5 ذا الفائدة السريرية العالية ، من أجل تقييم مسارها السريري والاستجابة لعلاج الأفراد ، وذلك بتجميعها من قبل مجموعة معينة من المعايير التشخيصية .

وقد وضع هذا التعريف من الاضطراب العقلي السريري والصحة العامة ، والأبحاث الغرضية الموجهة . وعادة ما تطلب معلومات إضافية أبعد من تلك الواردة في معايير تشخيص DSM-5 من أجل جعل الأحكام القانونية بشأن قضايا مثل المسؤولية الجنائية ، والأهلية للحصول على تعويضات العجز ، والكفاءة (انظر بيان تحذيري للاستخدام الشرعي للـ DSM-5 " في أماكن أخرى من هذا الدليل) .

المعيار الإكلينيكى Standard Ciinical :

كانت هناك جهود كبيرة من قبل فريق عمل DSM-5 ، ومنظمة الصحة العالمية لفصل مفاهيم الاضطراب العقلي والإعاقة (إعاقة في المجالات الهامة الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من أساليب الأداء) . وذلك وفق قواعد منظمة الصحة العالمية لتصنيف الأمراض (ICD) والذى يغطي جميع الأمراض والاضطرابات ، في حين أن التصنيف الدولي يؤدى وظائف العجز / والصحة (ICF) ويوفر تصنيف منفصل لتشخيص الإعاقة العالمي ، الصادر عن منظمة الصحة العالمية ، واستنادا إلى ICF ثبتت

فائدته كإجراء موحد لتشخيص اضطرابات الإعاقة العقلية . ومع ذلك ، ففي حالة عدم وجود علامات بيولوجية واضحة أو قياسات مفيدة سريريا من حيث درجة شدة الكثير من الاضطرابات النفسية ، ولم يكن من الممكن - تماما - تبنى التعبيرات العادية والمرضية كأعراض منفصلة عن ما ورد في معايير التشخيص .

هذه الفجوة في المعلومات تمثل مشكلة خاصة في الحالات السريرية ، وذلك حين يعاني المريض من (عرض أعراض معينة) وخاصة في الأشكال الخفيفة ، إلا أنها ليست مرضية بطبيعتها ، وربما قد يرتبط جزئياً مع تشخيص الأفراد الذين يعانون من " اضطراب عقلي " ولذلك ، فإن التشخيص ينبغى أن يتوافق مع المعايير القياسية ، بعيداً عن المعيار العام الضيق ، وعادة ما تسبب تلك الاضطرابات ضائقة مهمة سريرية أو ضعف في العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

ويقر التعريف المنقح للاضطرابات العقلية معايير الاضطراب العقلى ، والذى قد يكون مفيداً بشكل خاص في تحديد ما يحتاجه المريض للعلاج . مع استخدام المعلومات الناتجة من أفراد العائلة وأطراف أخرى ثالثة (بالإضافة إلى الفرد) بخصوص أداء الفرد ، وهو ما يوصى به عندما يكون ذلك ضرورياً .

عناصر التشخيص Elements diagnosis :

تُعد معايير التشخيص بمثابة مبادئ توجيهية بهدف جعل التشخيص أدق ، وينبغي أن يكون استخدامها أفضل عقب التشخيص السريري ، والذى يمكن أن يساعد في دعم التشخيص (على سبيل المثال ، من خلال توفير تشخيصات تفريقية ؛ ووصف معايير أكثر تكاملا تحت عنوان (ملامح التشخيص) .

وبعد تقييم معايير التشخيص ، ينبغي للأطباء النظر في تطبيق الأنواع الفرعية من محددات الاضطراب أو حسب الاقتضاء . ولا ينبغي تطبيق دلالة العرض الحالي للفرد فقط ، إلا عقب الاستيفاء الكامل لكافة المعايير . عندما لا يتم استيفاء المعايير الكاملة ، ينبغي للأطباء النظر فيما إذا كان عرض - المرض - يتلاءم فعلاً مع الأعراض أو مع تسمية " أخرى محددة " أو "غير محددة " . حيث أن المعايير المحددة قابلة للتطبيق لتحديد شدة الاضطراب (على سبيل المثال ، خفيفة / معتدلة / ومتطرفة) ، وميزات شديدة توصف (على سبيل المثال ، مع جيدة لرؤية عادلة / في رقابة البيئة) ، وبالطبع (على

سبيل المثال ، في مغفرة / تعافي / جزئي ، /أو في هدأة كاملة / أومتكررة) وهو ما يقدم مع كل تشخيص . وعلى أساس المقابلة السريرية ، يوصف النص ، ومعايير ، حكم الطبيب ، ويتم معه إجراء التشخيص النهائي .

وتسمح الاتفاقية العامة في DSM-5 بتشخيصات متعددة ليتم تعيين تلك العروض التي تلبي معايير DSM-5 لأكثر الاضطرابات . وتمتد للأنواع الفرعية ومحدداتها والتي (بعضها مشفر في الرقم الرابع والخامس ، أو السادس) وقدمت لزيادة التحديد . تحديد الأنواع الفرعية ، والتي يستبعد بعض تلك الأنواع المشتركة مع بعض المجموعات الفرعية ، والمرتبطة ظاهرياً ضمن نفس التشخيص ، ويوفر المتخصصين الفرصة لتحديد المجموعة الفرعية الأكثر تجانساً من الأفراد المصابين بهذا الاضطراب ، والذين يتقاسمون بعض الخصائص (مثل ، الاضطراب الاكتئابي مع ميزات مختلطة) ونقل المعلومات ذات الصلة إلى إدارة اضطراب الفرد ، مثل " الاعتلال الطبي المشترك " والمحدد في sleepwake لتشخيص الاضطرابات .

وعلى الرغم من أن الدليل الخامس (DSM-5) يتم تعيينه فى بعض الأحيان إلى رمز أو نوع فرعي محدد (على سبيل المثال ، [F02.81] كاضطراب عصبي كبيرة بسبب مرض الزهايمر مثلاً ، المصحوب باضطراب سلوكى) أو شدة [F32.0] كإضطراب اكتئابي ، ذو حلقة واحدة ، خفيف) ، فإن غالبية الأنواع الفرعية والمحددات المدرجة في DSM-5 لا يمكن أن تكون مشفرة داخل ما يشار إلى النظم أو إلى تشخيص منظمة الصحة العالمية فى : ICD-9-CM وICD-IO-CM وذلك من قبل اسم الاضطراب (مثل اضطراب القلق الاجتماعي [الرهاب الاجتماعي] ، والأداء) . ويلاحظ أنه في بعض الحالات ، توجد محددات أو أنواع فرعية أخرى قابلة للترميز في ICD-I0–CM ولكنها غير موجودة في ICD-9-CM . ووفقا لذلك ، فقد تتخذ في بعض الحالات رموز الأحرف 4 أو 5 الفرعية أو يتم توفيرها فقط لمحددات التسميات ترميز ICD-10-CM الصادر عن منظمة الصحة العالمية .

ويتم تطبيق تشخيص DSM-5 بناءً على العرض الحالي للفرد ؛ والسابق على التشخيصات التي قد تعافى منها الفرد ، وتشير المحددات هنا (على سبيل المثال ، إلى تعافي جزئي / أو في شكل هدأة كاملة) وقد يتم سرد بعد الإشارة إلى تشخيص إلى عدد

من معايير المجموعات . حيثما كان ذلك متاحا للمتخصصين ، مع تقديم توجيه الأطباء في تصنيف شدة الحالة ، والتردد ، والمدة ، وأعراض الاعتماد ، وغيرها من مؤشر شدة الاضطراب . ويتم ذلك وفق معايير تشمل التعريفات المحددة للاضطراب .

كما تم تقديم ميزات وصفية للمحددات في معايير تعيين ونقل المعلومات الإضافية التي يمكن أن تثري فى تخطيط العلاج (على سبيل المثال ، اضطراب الوسواس القهري ، مع ضعف البصيرة) .

اضطرابات الحركة Movement disorders :

اضطرابات الحركة الناتجة عن استخدام العقاقير وغيرها ، بالإضافة إلى العوامل النفسية والاجتماعية والبيئية الهامة (ينظر إليها من خلال " نظام عديد المحاور" في أماكن أخرى متعددة من هذا الدليل) ، وهذه الفصول تقع في القسم الثاني، والذى يحتوي أيضاً على الشروط الأخرى التي لا تنتمى للاضطرابات النفسية ، ولكن قد تواجه من قبل أطباء الصحة العقلية .

وقد يتم سرد هذه الظروف كسبب للزيارة السريرية بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية المدرجة في القسم الثاني من هذا الدليل . ويخصص فصلاً مستقلاً للاضطرابات التي يسببها الدواء والآثار السلبية الأخرى الناتجة عن تناول الأدوية مثل : التململ ، خلل الحركة المتأخر ، وخلل التوتر ، والتي يمكن تقييمها ، والتعامل معها من قبل الأطباء الممارسين للصحة النفسية . وتم توسيع وصف متلازمة الذهان الخبيثة أكثر من التي قدمت في الدليل الرابع DSM-IV-TR لتسليط الضوء على طبيعة الناشئة ، التى يحتمل أن تكون مهددة للحياة ، وتم توفير هذا الشرط ، وإدخال جديد على متلازمة التوقف المضاد للاكتئاب .

كما يناقش فصل إضافي الظروف الأخرى التي قد تكون محط الاهتمام السريري . وتشمل المشاكل العلائقية ، ومشاكل تتعلق بسوء المعاملة والإهمال ، ومشاكل مع سوء الالتزام بنظم العلاج ، والسمنة ، والسلوك المعادي للمجتمع ، والتمارض .

التشخيص الرئيس President diagnosis :

عندما يتم إعطاء أكثر من تشخيص للفرد الواحد في بيئة المرضى ، فإن مدير المدرسة يمكنه المساعدة فى ذلك بشرط إكمال دراسته ، وإلمامه بالمبادئ الأساس .

وعندما يتم إعطاء أكثر من تشخيص واحد للفرد في العيادات الخارجية ، فإن سبب الزيارة هو الشرط المسؤول الرئيس لتقديم الرعاية الإسعافية ، وفى تقديم الخدمات الطبية التي وردت خلال الزيارة .

وفي معظم الحالات ، فإن التشخيص الرئيس أو سبب الزيارة هو أيضاً المحور الرئيس للاهتمام أو العلاج . وغالبا ما يكون من الصعب تحقيقه بصورة (تعسفية إلى حد ما) وتحديد التشخيص الرئيس أو سبب الزيارة ، وخصوصا عندما - على سبيل المثال - Substancerelated يرافق التشخيص اضطراب مثل تعاطي الكحول من قبل غير مادة التشخيص مثل الفصام . وعلى سبيل المثال ، قد يكون من غير الواضح ما الذي ينبغي تشخيصه ، وهو يعتبر العامل " الرئيس " للفرد في المستشفى مع كل من الفصام والكحول للوصول إلى حالة الاضطراب ، لأن كل حالة قد ساهمت على حد سواء إلى ضرورة القبول والعلاج . ويشار إلى التشخيص الرئيس من خلال سرده لأول مرة ، والباقي يتم سرده من خلال ترتيب الاضطرابات محط الاهتمام والعلاج .

وقد يشير التشخيص الرئيس أو سبب الزيارة إلى اضطراب عقلي بسبب حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، اضطراب عصبي كبير بسبب مرض الزهايمر ، واضطراب ذهاني بسبب الأورام الخبيثة في الرئة) ، وقد تتطلب قواعد الترميز فى دليل منظمة الصحة العالمية ICD إلى وصف الحالة الطبية المسببة التى يتم سردها أولا ، وفي هذه الحالة ، فإن التشخيص الأساس ، أو سبب الزيارة قد يشير إلى حالة اضطراب عقلى بسبب حالة طبية . وفي معظم الحالات ، فإن الاضطراب على هذا النحو الوارد في التشخيص الرئيس أو سبب الزيارة ، يتم بها - داخل أنحاء الدليل الحالى - وصفها بعبارة " التشخيص الرئيس" أو " سبب الزيارة " .

التشخيص المؤقت Diagnosis temporary :

يمكن استخدام التشخيص تحت اسم "المؤقت" عندما يكون هناك افتراض قوي بأنه سيتم استيفاء كامل المعايير في نهاية المطاف حول الاضطراب ، ولكنه لا يشمل كافة المعلومات المتاحة لإجراء التشخيص المشترك . ويمكن للطبيب يمكن أن يشير إلى عدم التأكد ، أو التيقن من التشخيص عن طريق التسجيل "المؤقت" للأعراض الظاهرة غير الدائمة / بعد التشخيص .

وعلى سبيل المثال ، يمكن استخدام هذا التشخيص لدى الفرد الذي يبدو عليه الاضطراب الاكتئابي غير القادر على إعطاء التاريخ الكافي للحالة ، وبالتالي فإنه لا يمكن أن ينشأ من استيفاء المعايير الكاملة . أما الاستخدام الآخر على المدى (المؤقت / غير الدائم) فيتم لتلك الحالات التي يعتمد التشخيص التفريقي فيها حصراً على مدة المرض . وعلى سبيل المثال ، عندما يتم تشخيص الاضطراب الفصامي الشكل ، يتطلب للوفاء بذلك ألا يمكن أن تعطى مدة أقل من (ستة أشهر) ولكن لا يقل عن (مرة واحدة) فى الشهر وبصفة مؤقتة إذا كانت قد حدثت قبل ذلك .

ترميز الاجراءات Coding procedures :

يرافق كل اضطراب رمز التشخيص وتحديد الإحصائية (النسب القياسية للمرض) ، والتي تستخدم عادة من قبل مؤسسات والوكالات لأغراض جمع البيانات والفواتير . وهناك يتم تسجيل بروتوكولات محددة لهذه الرموز التشخيصية (على النحو المحدد في ترميز ملاحظات النص) التي تم تأسيسها من قبل منظمة الصحة العالمية (ICD) والمراكز الأمريكية للرعاية الصحية والخدمات الطبية CMS ، ومراكز السيطرة على الأمراض والمركز الوطني للوقاية والإحصائيات الصحية لضمان التسجيل الدولي المتسق بمعدل الانتشار والوفيات ، والظروف الصحية التي تم تحديدها .

وبالنسبة لمعظم الأطباء ، تستخدم الرموز لتحديد التشخيص أو سبب الزيارة للـ CMS ولمطالبات خدمة التأمين الخاص . أما المسؤول عن نظام الترميز وإستخدامه في الولايات المتحدة وذلك اعتبارا من تاريخ نشر هذا الدليل فهو ICD-9-CM . الرسمي ، ومن المقرر اعتماد ICD-10-CM الذى سيتم إجراؤه في الأول من أكتوبر ٢٠١٤ ، وهذه الرموز ، التي تظهر بين قوسين في هذا الدليل ، تم سردها كل من ICD-9-CM وICD-10-CM الخاص بمنظمة الصحة العالمية وتشمل رموزها :

- ✓ اسم الخلل في التصنيف السابق .
- ✓ معايير النصوص .

وذلك بالنسبة لتشخيص كل اضطراب : (على سبيل المثال ، الاضطرابات العصبية Medicationinduced) ، كما يعتمد الرمز المناسب على مواصفات أخرى ، مدرجة ضمن المعايير المحددة للاضطراب ، المترافقه بالترميز والملاحظات ، وفي بعض

الحالات يتم الإسهاب بزيادة توضيح مقطع معين يختص بإجراءات التسجيل . ويلي ذلك أسماء بعض الاضطرابات البديلة والتى تكتب (بين قوسين) والتي كانت موجودة في معظم الحالات ، السابقة فى الدليل الرابع لتشخيص الاضطرابات السابق DSM-IV .

التطلع إلى المستقبل Looking to the future :

تقييم ورصد أدوات مختلف مكونات DSM-5 'تيسر تقييم المريض ومساعدته في وضع صياغة حالته بصورة شاملة . في حين أن المعايير التشخيصية في القسم II هي تدابير تشخيصية راسخة ، والتي خضعت لاستعراض واسع النطاق ، وتقييم الأدوات ، ومقابلة صياغة الثقافية ، ولمزيد من الدراسة المدرجة في القسم الثالث ، وهي تلك التي توصلنا إلى أن الأدلة العلمية لا تتوفر حتى الآن لدعم الاستخدام السريري على نطاق واسع . وتشمل هذه المساعدات التشخيص ومعايير تسليط الضوء على تطور واتجاه التقدم العلمي في هذه المجالات وتحفيز المزيد من البحوث .

وتقدم كل من التدابير الواردة في القسم الثالث من هذا الدليل الحالى ، المساعدة في إجراء تقييم شامل للأفراد ، والتي من شأنها أن تساهم في خطة التشخيص والعلاج المصمم للفرد ، وعرض السياق السريري . حيث أن الديناميات الثقافية لها أهمية خاصة فى تقييم التشخيص ، وينبغي النظر في صياغة المقابلة الثقافية باعتبارها عامل مساعد، ومفيد للتواصل مع الفرد .

وتوفر الأعراض المتشعبة (المتداخلة) Diagnosisspecific فى رصد تدابير شدة الحالة ، مع كم من التقييمات فى المجالات الطبية الهامة ، والتي يتم تصميمها لاستخدامها في التقييم المبدئى / الأولى ، وذلك للمقارنة مع التصنيفات القائمة على عقد لقاءات لاحقة لرصد التغيرات والإبلاغ عن خطط العلاج .

ومما لا شك فيه أن تيسير استخدام مثل هذه التدابير الرقمية ، والتى تشمل التدابير الواردة في القسم الثالث من DSM-5 بهدف توفير مزيد من التقييم والتطوير . وكما هو الحال مع كل طبعة من أدلة DSM ، ومعايير التشخيص وتصنيف الدليل الخامس DSM-5 والتى تعكس الإجماع الحالي لتشخيص الاضطرابات النفسية ، القائمة على المعرفة المتطورة في مجال عملنا السيكولوجى .

استخدام DSM-5 في الطب الشرعي used DSM-5 in forensics :

تهدف نصوص دليل DSM-5 في المقام الأول إلى مساعدة الأطباء في إجراء التقييم السريري ، وصياغة الحالة ، وتخطيط العلاج ، كما 'يستخدم DSM-5 أيضاً كمرجع للمحاكم والمحامين في تقييم آثار الطب الشرعي ، والاضطرابات النفسية . ونتيجة لذلك ، فمن المهم أن نلاحظ أن التعريف قد وضع الاضطراب العقلي المدرجة في DSM-5 لتلبية احتياجات الأطباء والعامة المهنيين الصحيين ، والمحققين العاملين في المهن القانونية .

ومن المهم أيضاً أن نلاحظ أن DSM-5 لا يوفر المبادئ التوجيهية لعلاج أي اضطراب معين إلا عند استخدامها بشكل مناسب ، ويمكن للتشخيص والمعلومات التشخيصية أن تساعد فى صنع قرار قانوني خاص بتلك الحالات . وعلى سبيل المثال ، فعند وجود اضطراب عقلي قد يستند على تحديد أمور قانونية لاحقة (على سبيل المثال ، الالتزام المدني غير الطوعي) ، والذى يتم باستخدام نظام راسخ للتشخيص يعزز قيمة وموثوقية التقرير ، وهو ما قد يتوفر فى DSM-5.

ومن خلال تقديم خلاصة وافية تستند إلى استعراض وثيق الصلة بالحالة السريرية والأدب والأبحاث ، فإن DSM-5 ييسر فهم صناعة القرار القانوني ، ذات الصلة بخصائص الاضطرابات النفسية . ويخدم الأدب المتعلق بالتشخيصات أيضاً ، ويتم ذلك بناء على تكهنات لا أساس لها حول الاضطرابات النفسية .

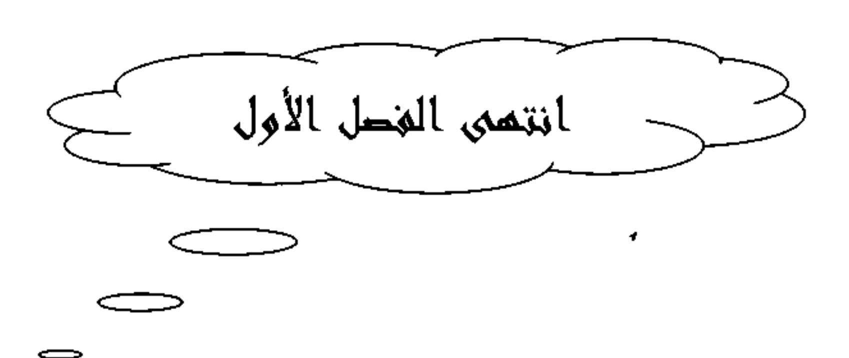
وأخيرا ، فإن المعلومات التشخيصية قد 'تحسن اتخاذ القرار عندما يتعلق الأمر بمسألة قانونية ، فيما يختص بالأداء العقلي للفرد في الماضي أو المستقبل . ومع ذلك ، ينبغي أن نكون على علم باستخدام DSM-5 من قبل الوعي بمخاطر وقيود استخدامه في إعدادات الطب الشرعي .

وهناك خطر من أن هذه المعلومات التشخيصية فى DSM-5 قد يساء استخدامها أو يساء فهمها : وهذه المخاطر تنشأ الجهل بفهم المسائل ذات الاهتمام القانونى / وبين المعلومات النهائية الواردة في التشخيص السريري .

وفي معظم الحالات ، فإن التشخيص السريري مفيد فيما يختص بالاضطراب العقلي DSM-5 مثل (اضطراب النمو الفكري) والفصام ، والاضطراب العصي

الرئيس ، أو اضطراب المقامرة ، ولا يعني ذلك أن الفرد مع مثل هذا التشخيص يتلاءم مع وجود اضطراب عقلي أو محدد ، وعادة ما يطلب معلومات إضافية أبعد من تلك الواردة في تشخيص DSM-5 ، والتي قد تشمل معلومات عن العاهات الوظيفية للفرد وكيف يمكن لهذه العاهات أن تؤثر على قدرات معينة للفرد . ، كما تختلف درجة الإعاقة بشكل واسع داخل كل فئات التشخيص ، وقد لا ينطوى ذلك على مستوى معين من ضعف أو عجز .

وأخيراً لا ينصح باستخدام **DSM-5** لتقييم وجود اضطراب عقلي سابق (غير معالج) **Nonclinical** ، أو من الأطباء والمراكز غير المتخصصة ، أو من الأفراد أو غير المؤهلين ، إلا بعد التدريب الكافي . وينبغي أيضاً الحذر من التشخيص الذى لا يحمل أي آثار تخصصية ، فيما يتعلق بأسباب الاضطراب العقلي للفرد ، وقد تترافق درجة من السيطرة على السلوكيات مع اضطراب آخر معين .



الفصل الثانى
الاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة

اضطرابات النمو العصبي :

مقدمة :

يلزم اتباع المعايير التشخيصية لكل اضطراب عقلي ، وتكتب تلك المعايير فى الوصف النصى بهدف المساعدة في اتخاذ القرارات التشخيصية المختلفة للاضطراب العقلى . حيث تدعو الحاجة - فى كثير من الأحيان - لإجراء تسجيل محدد يتم من خلاله عرض الإجراءات التى تتفق مع المعايير التشخيصية ، وذلك لتقديم التوجيه في اختيار الرمز الأنسب من الرموز المستخدمة فى المعايير . وكذلك في بعض الحالات التى يتم فيها إجراءات التسجيل المنفصلة ، ليتم توفير معايير منظمة الصحة العالمية ICD-9-CM و ICD-10-CM .

وعلى الرغم من أن الـDSM-5 لا يعبر عن الاضطرابات الرسمية ، واضطرابات الحركة التي يسببها الدواء وغيرها من الآثار السلبية للأدوية ، فضلا عن الشروط الأخرى التي قد يكون تركيز الانتباه فيها على السريرية (بما في ذلك رموز ICD-9-CM V إضافية والمقبلة ICD-10-CM رموز Z) ، وتجدر الإشارة إلى أسباب أخرى للزيارة السريرية ، مثل العوامل البيئية والمشاكل العلائقية . كما يتم تكييف هذه الرموز من أدلة منظمة الصحة النفسية ICD-9-CM أو CD-10-CM .

ويمكن توفير سياق إضافي للصياغة السريرية ، ولخطة العلاج وفقاً لدليل DSM-5 لتشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية ، ولكن من خلال ثلاثة مكونات للمعايير وهى : المعايير الخاصة / والنصية الوصفية / واضطرابات الحركة التي يسببها الدواء وغيرها من الآثار السلبية للدواء ، وتوصف الظروف الأخرى التي قد يكون محورها الاهتمام السريري ، والذى يمثل العناصر الرئيسة من التشخيص السريري .

الاضطرابات الذهانية Mental disorders :

الإضطرابات الذهانية هي مجموعة من الظروف تظهر في مرحلة النمو ، وعادة ما تظهر في مراحل النمو المبكر ، وغالباً قبل دخول الطفل للمدرسة الابتدائية ، ويتميز العجز التنموي بإنتاج عاهات من أداء الشخصية والاجتماعية والأكاديمية ، أو المهنية .

أما مجموعة العجز التنموي فتتراوح ما بين قيود محددة جداً من التعلم / إلى درجة من التحكم فى المهام التنفيذية للعاهات العالمية من المهارات الاجتماعية أو الذكاء ، وعلى سبيل المثال : الأشخاص الذين يعانون من مرض التوحد - كاضطراب في كثير من الأحيان - يشير إلى الإعاقة الذهانية (اضطراب النمو الفكري) ، حيث يعانى العديد من الأطفال من اضطراب نقص الانتباه (ADHD) المرتبط باضطراب التعلم .

وبالنسبة لبعض الاضطرابات الأخرى ، تتضمن الأعراض السريرية لديهم زيادة من العجز والتأخير في تحقيق الإنجازات المتوقعة . وعلى سبيل المثال : مرض التوحد ، والذى يتم تشخيصه باضطراب طيف فقط عندما يتصل بالعجز ، كسمة من سمات التواصل الاجتماعى والذى ترافقه السلوكيات المتكررة على نحو مفرط ، والمصالح المقيدة ، وإصرار على السلوك النمطى المتشابه .

كما تتضح الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) من خلال العجز العام ف القدرات العقلية مثل التفكير المنطقي ، وحل المشكلات ، والتخطيط ، والتفكير المجرد ، الحكم ، والتعلم الأكاديمي ، والتعلم من التجربة . العجز يؤدي إلى ضعف من عمل على التكيف ، بحيث يفشل الفرد لتلبية معايير الشخصية الاستقلال والمسؤولية الاجتماعية في واحدة أو أكثر من جوانب الحياة اليومية ، بما في ذلك الأتصال Commimication ، والمشاركة الاجتماعية والأداء الأكاديمي أو المهني ، واستقلال الشخصية في المنزل أو في بيئات المجتمع المحلي . تأخر في النمو العالمي ، كما يبدو من اسمها يعني ، عندما يتم تشخيص فشل الفرد لتلبية المعالم التنموية المتوقع في عدة مجالات عمل الفكرية . يتم استخدام التشخيص بالنسبة للأفراد الذين Imable الخضوع لتقييمات منهجية للعمل الفكرية ، بما في ذلك الأطفال الذين هم من الشباب أيضاً المشاركين في الاختبار الموحد .

وقد تنجم الإعاقة الذهانية خلال فترة النمو ومن بينها ، على سبيل المثال : إصابة بالغة في الرأس ، وفي هذه الحالة أيضاً قد يتم تشخيصها بالاضطراب العصبي .

كما تشمل اضطرابات التواصل Tlie اضطراب اللغة واضطراب الكلام الصوت واضطراب العلاقات الاجتماعية (الواقعية) واضطراب التواصل ، واضطراب بداية الطلاقة (التأتأة) . وتتميز الاضطرابات الثلاثة الأولى بسبب العجز الحالي في تطوير واستخدام اللغة والكلام والتواصل الاجتماعى ، على التوالي .

أما الاضطرابات الطلاقة / والحركية فتتميز بالإنتاج الطبيعي المتدفق للغة الخطاب ، بما في ذلك الأصوات المتكررة أو المقاطع ، إطالة الحروف الساكنة أو حرف علة الأصوات ، والكلمات المكسورة ، أوالكلمات المنتجة ، مع وجود فائض من التوتر الجسدي ، مثل الاضطرابات العصبية النمائية الأخرى ، واضطرابات التواصل ، والتي تبدأ في وقت مبكر من الحياة ، والتي يمكن أن تنتج إعاقات وظيفية مدى الحياة . ويتميز اضطراب طيف التوحد من خلال العجز المستمر في التواصل والتفاعل الاجتماعى عبر سياقات متعددة ، بما في ذلك العجز في المعاملة الاجتماعية ، مثل السلوكيات غير اللفظية الاتصالية المستخدمة في التفاعل الاجتماعى ، ومهارات تطوير وصيانة وفهم العلاقات . بالإضافة إلى عجز التواصل الاجتماعى .

ولتشخيص اضطراب طيف التوحد يتطلب وجود محدود لأنماط سلوكية ومصالح ، أو أنشطة متكررة ، ولأن الأعراض قد تتغير مع النمو ، إلا أنه يمكن أن تخفيها آليات تعويضية ، ويجوز لمعايير التشخيص أن تتحقق على أساس المعلومات التاريخية للحالة .

ويلاحظ في تشخيص اضطراب طيف التوحد : بأن الخصائص الفردية السريرية له تتم من خلال استخدام المحددات (مع أو بدون عوامل القصور الفكري ؛ مع أو بدون مصاحبة ضعف اللغة الهيكلي؛ المرتبط بالعومل الوراثية أو البيئية أو من حالة طبية مكتسبة معروفة ؛ أو المرتبطة بالنمو العصبي والعقلي ، أو بالاضطراب السلوكي) ، فضلا عن المحددات التي تصف أعراض التوحد (العمر ، مع أو بدون فقدان المهارات المعمول بها) . وتوفر هذه المحددات للأطباء الفرصة لتفريد التشخيص والتواصل الوصفى السريري أكثر بصورة أكثر ثراء من الأفراد المتضررين . وعلى سبيل

المثال : يشترك العديد من الأفراد فى تشخيص سابق مع اضطراب أسبرجر ، والآن تلقوا التشخيص من اضطراب طيف التوحد دون اللغة أو القصور الفكري ، الـ ADHD هو اضطراب النمو العصبي التي يحددها إضعاف مستويات الغفلة ، الفوضى ، أو فرط النشاط ، الاندفاع . الغفلة وعدم التنظيم يستلزم عدم القدرة على البقاء والاستمرار فى المهمة ، وعلى ما يبدو لا يشعر بالاستمتاع ، ونقص الأداء الفعال ، بالمقارنة بالمستويات التي تتعارض مع التقدم في العمر أو المستوى التنموي . وفرط النشاط ، الاندفاع المرتبط بفرط نشاط ، التململ ، وعدم القدرة البقاء في مقاعدهم ، وعدم التشارك في أنشطة الآخرين ، وعدم القدرة على الانتظار ، وتقاس تلك الأعراض المفرطة بالنسبة للعمر أو لمستوى التنمية في مرحلة الطفولة ، وكثيراً ما تتداخل ADHD مع الاضطرابات التي غالبا ما تعتبر " اضطرابات خارجية " ، مثل المعارضة وخلل التحدي المجتمعى واضطراب السلوك . ADHD وغالباً ما تستمر هذه الأعراض حتى مرحلة البلوغ ، وتنتج تلك العاهات من ضعف الأداء الاجتماعى والأكاديمي والمهني .

وتشمل الاضطرابات العصبية النمائية الحركية اضطراب التنسيق التنموي ، اضطراب حركة النمطية ، واضطرابات التشنج . اضطراب التنسيق التنموي ، والذى يتميز بالعجز في اقتناء وتنفيذ محرك منسق المهارات ويتجلى فى ظهور الحماقات ، وبطء أو عدم دقة أداء المحرك المهارات التي تتسبب في تداخل مع أنشطة الحياة اليومية .

ويتم تشخيص اضطراب الحركة النمطية للفرد الذى لديه سلوكيات متكررة ، مدفوعا على ما يبدو ، بسلوكيات حركية بلا هدف معين ، مثل حركة اليد ، الخفقان ، هزاز الجسم ، الرأس ، ضجيج ، Selfbiting ، أو ضرب . مع حركات تتداخل مع الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية ، أو غيرها من السلوكيات .

حتى وإن كانت تلك السلوكيات تسبب إيذاء الذات ، وهو ما ينبغي أن تكون محددة كجزء من وصف التشخيص . وتتسم مجموعة اضطرابات التشنج من خلال وجود محرك أو عرات صوتية ، مفاجئة ، وسريعة ، ومتكررة ، Nonrhythmic

وحركات عشوائية Sterotyped أو مسببات مفترضة ، وسريرية ، والذى يتم تشخيصه باضطراب العرة (اللزمة) المحدد .

أما اضطراب توريت ، الثابت (المزمن) أو اضطراب العرة (الحبسة) الصوتية ، وغيرها من اضطرابات التشنج المحدد ، فتتضح مع عند تشخيصه مع اضطراب توريت بأن لديه أعراض صوتية متعددة وتشنجات لاإرادية ، والتي كانت موجودة من قبل بما لا يقل عن (سنة واحدة) .

أما اضطراب التعلم المحدد ، فكما يوحي الاسم ، فيتم تشخيصه عندما يكون هناك عجز محدد في قدرة الفرد على إدراك أو معالجة المعلومات بكفاءة ودقة . ويظهر اضطراب النمو العصبي الأولى خلال سنوات الدراسة الرسمية ، وهو غير مرتبط بالصعوبات المستمرة ، أو إعاقة التعلم الأكاديمي Foimdational ونقص المهارات في القراءة والكتابة ، أو الرياضيات . ويتصف أداء الفرد الأكاديمي بضعف مهارات أقل بكثير من المتوسط بالنسبة للعمر ، أو تحقيق مستويات أداء مقبولة فقط مع جهد غير عادي . وقد تحدث اضطرابات التعلم المحددة في التعرف على الأفراد الموهوبين فكريا ويتضح فقط عندما يتم بدء الاستجابة لمطالب التعلم أو إجراءات تقييم (على سبيل المثال : الاختبارات الموقوتة) التى قد تشكل حواجز لا يمكن التغلب عليها عن طريق ذكائهم الفطري والتعويضية الاستراتيجيات .

ويمكن لاضطراب التعلم المحدد أن ينتج عاهات مدى الحياة في الأنشطة التي تعتمد على المهارات ، بما في ذلك ضعف الأداء المهني . وتستخدم المحددات لتشخيص اضطراب النمو العصبي السريري ، بوصف الحالة السريرية للفرد ورصد الأعراض الحالية . بالإضافة إلى المحددات التي تصف السريرية ، مثل العمر عند بدء الحالة ، أو تقييمات شدة الحالة ، وقد تشمل الاضطرابات العصبية النمائية المحددة " المرتبطة بما يعرف بحالة طبية أو وراثية أو عوامل بيئية " ، وهذا يعطي الأطباء فرصة محددة لتوثيق العوامل التي قد تكون لعبت دورا في مسببات الاضطراب ، وتشمل الأمثلة الجينية اضطرابات مثل متلازمة X ، والتصلب الدرني ، ومتلازمة رايت ، والظروف طبية مثل الصرع ، والعوامل البيئية ، بما في ذلك انخفاض الوزن جدا عند الولادة وتعرض الجنين للكحول (حتى في حالة عدم وجود الندبات من متلازمة الكحول الجنينية) .

اضطراب الإعاقة الفكرية (اضطراب الفكرية التنموي) :
Disorders of intellectual disability

معايير التشخيص :

الإعاقة الذهانية (اضطراب النمو الفكري) هى اضطراب يظهر خلال الفترة التنموية التي تشمل العجز فى الأداء الفكري والتكيفي في المجالات المفاهيمية والاجتماعية والعملية ، ويجب أن تتحقق المعايير الثلاثة التالية :

١. العجز في وظائف الفكرية ، مثل التفكير ، وحل المشكلات ، والتخطيط ، ومجردة التفكير ، والحكم ، والتعلم الأكاديمي ، والتعلم من التجربة ، والتي أكدها كل من التقييم السريري والفردي ، واختبارات الذكاء الموحدة .
٢. العجز في الأداء التكيفي . والذي يؤدي إلى الفشل في تلبية التنموية والاجتماعية والثقافية ، ومعايير استقلال الشخصية والمسؤولية الاجتماعية ، والعجز عن التكيف ، والعمل في أنشطة واحدة أو أكثر من الحياة اليومية ، مثل الاتصالات ، والمشاركة الاجتماعية ، والعيش المستقل ، عبر عدة بيئات ، مثل البيت والمدرسة والعمل والمجتمع .
٣. بداية العجز الفكري والتكيفى تظهر خلال الفترة التنموية المبكرة .

ملاحظة : الإعاقة الذهانية كمصطلح يعادل تشخيص منظمة الصحة العالمية ICD-11 حول اضطرابات النمو الفكري . وعلى الرغم من أن الإعاقة الفكرية كمصطلح مستخدم في هذا الدليل ، إلا أنه يتم استخدام كلا المصطلحين في العنوان لتوضيح العلاقات مع نظم التصنيف الأخرى . علاوة على ذلك ، فإن القانون الاتحادي في الولايات المتحدة (القانون العام١١١-٢٥٦ ، القانون روزا) أحل مصطلح التخلف العقلي بمصطلح ذوي الإعاقة الفكرية ، أما المجلات البحثية فتستخدم مصطلح الإعاقة الذهانية . وبالتالي ، الإعاقة الذهانية هو المصطلح الشائع الاستعمال من قبل المهن الطبية ، والتعليمية ، وغيرها .

الإعاقة الذهانية (اضطراب التنموية الفكرية) Intellectual disabilities:

رمز ICD-10-CM وهو الذي تم تعيينه ، والذى يعتمد على شدة محددة . ويتم تعريف مستويات مختلفة من الشدة على أساس الأداء على التكيف ، ولا يرتبط بالعشرات من تعريفات الذكاء ، لأنه عمل يعتمد على التكيف الذى يحدد مستوى

الدعم المطلوب . علاوة على ذلك ، فإن تدابير درجة الذكاء IQ أقل صالحية في الطرف الأدنى من الإعاقة الذهانية .

الخصائص التشخيصية :

السمات الأساس للإعاقة الفكرية (إضطراب النمو الفكري) هي العجز في القدرات العقلية العامة (المعيار A) وضعف في التكيف اليومية يعمل ، بالمقارنة مع الفرد سن ، ونوع الجنس ، ويقابل من الناحية الاجتماعية الثقافية الأقران (المعيار B) . هو بداية التنموية خلال الفترة (المعيار C) .

ويقوم تشخيص الإعاقة الفكرية على كل من التقييم السريري والاختبار الموحد للوظائف الفكرية والتكيفية . ويشير المعيار A إلى الوظائف الفكرية التي تنطوي على التفكير ، وحل المشكلات ، والتخطيط والتفكير المجرد ، والحكم ، والتعلم من التعليم والخبرة ، والفهم العملي . وتشمل المكونات أساس للفهم اللفظي ، وعمل الذاكرة ، والمنطق الحسي والاستنتاج الكمي والتفكير المجرد ، والفعالية المعرفية .

وعادة ما يتم قياس الأداء الفكري بشكل فردي Psychometrically وبصورة شاملة وملائمة من الناحية الثقافية ، ومن خلال Psychometrically اختبارات الذكاء ، للأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية ، والذين لديهم حوالي اثنين الانحرافات المعيارية أو أكثر أدناه السكان يعني ، بما في ذلك هامش للقياس الخطأ (عموما +٥ نقاط) . في الاختبارات مع انحراف معياري من ١٥ ومتوسط١٠٠ ، وهذا ينطوي على درجة من ٦٥-٧٥. هناك حاجة التدريب السريري والحكم لتفسير نتائج الاختبار وتقييم الأداء الفكرية . العوامل التي قد تؤثر على نتائج الاختبارات وتشمل الآثار وممارسة "تأثير فلين" (أي ، درجات عالية بشكل مفرط بسبب معايير الاختبار خارج التاريخ) . وقد ينجم عن استخدام فحوصات أو اختبارات الذكاء الوجيزة (المؤقته) الجماعية ؛ وتظل الخلافات الشديدة حول العديد من الاختبارات الفرعية الفردية ، لقياس درجة الذكاء ، ما يجعلها بشكل عام غير صالحة . ويجب Normed استخدام معها الأدوات الاجتماعية والثقافية للفرد ، والخلفية الثقافية ، واللغة الأم .

وتؤثر اضطرابات الإعاقة الفكرية على الاتصالات اللغوية أو الحركية أو الحسية ، كما قد تؤثر على درجات الاختبار . ويعد تطبيق الاختبار النفسي العصبي

أكثر فائدة لفهم القدرات الفكرية عنه ، من مجرد حساب درجة ذكاء واحدة . مثل هـذا الاختبار قد يحدد المجالات النسبية لنقاط القوة والـضعف ، وتقييمـا هامـا للتخطـيط الأكاديمي والمهني . والعشرات من إختبارات الذكاء التقريبية للعمل المفاهيمي ، ولكنـها قد لا تكون كافية لتقييم التفكير في مواقف الحياة الحقيقية والتمكن من المهام العملية .

وعلى سبيل المثال : الشخص مع درجة الذكاء فـوق (٧٠) قـد يواجـه مثـل هـذه المشاكل من السلوكيات التكيفية الاجتماعية الشديدة في الحكم والتفـاهم الاجتمـاعي ، وغيرها من مجالات الأداء التكيفي ،والأداء الفعلى لهذا الشخص ، مشابه للأشـخاص الذين يعانون من انخفاض درجة الذكاء . وبالتالي انخفاض السريرية ، وتظل هناك حاجة إلى الحكم على مدى دقة تفسير نتائج اختبارات الذكاء .

ويـشير العجـز في الأداء التكيفـي (المعيـار B) إلى مـدى تقبـل الـشخص لمعـايير المجتمع ، والاستقلالية الشخصية والمسؤولية الاجتماعية ، بالمقارنة مع غيرهـا المماثلـة للعمر والخلفية الاجتماعية والثقافية . وينطوي سير التفكير في التكيف فى ثلاثة مجالات : المفاهيمية والاجتماعية والعملية . وينطوي على المفاهيم (الأكاديميـة) لنطـاق الكفـاءة في الذاكرة ، اللغة ، القراءة ، الكتابـة ، الرياضـيات المنطـق ، الاسـتحواذ علـى العمليـة المعرفة ، وحل المشكلات ، والحكم في حالات الرواية ، إضافة إلى المجال الاجتمـاعى الـذى ينطـوي علـى الـوعي بأفكـار الآخـرين ، والمـشاعر ، والخـبرات ؛ التعـاطف؛ والشخـصية ، ومهـارات الاتـصال ؛ وقـدرات الـصداقة ، والحكـم الاجتمـاعى ، وغيرها . ويشمل نطاق عملية التعلم والإدارة الذاتية عبر مراحل الحياة المختلفة ، بما في ذلك الشخصية ، الرعاية ومسؤوليات العمل ، وإدارة الأمـوال ، والترفيـه ، والإدارة الذاتيـة للـسلوك ، والمهـام المدرسـية ، والعمـل ، وغيرهـا ، مـن القـدرة الفكريـة ، والتعليم ، والدوافع ، التنشئة الاجتماعية ، والسمات الشخصية ، والخبرة الثقافيـة ، وظروف التعايش الطبي العامة أو الاضطرابات النفسية التى تؤثر على أداء التكيفى .

ويـتم تقيـيم الأداء التكيفـي باسـتخدام كـل مـن التقيـيم الـسريري والفـردي ، والتدابير السليمة الموحدة للتعامل استخدامها مع المقربين للحالات (على سـبيل المثـال : الأم أو غيرها من أفراد الأسرة ؛ المعلم ؛ مستشار ؛ مزود الرعاية) والمصادر الإضـافية للمعلومات .

وتشمل تاريخ عملية النمو ، والتقييمات الصحية التعليمية والطبية والنفسية . ويجب أن تفسر عشرات من الإجراءات الموحدة ومصادر المقابلة باستخدام الحكم السريري . وعند تطبيق الاختبار الموحد ، يكون من الصعب أو من المستحيل التوصل لنتائج دقيقة ، بسبب مجموعة متنوعة من العوامل (على سبيل المثال : انخفاض القيمة الحسية ، والسلوك الشديد المسبب للمشكلة) ، وقد يعانى الفرد مع الإعاقة الذهانية غير المحددة .

وقد يكون من الصعب التكيف مع سير تقييم بعض الحالات (على سبيل المثال مع من فى السجون ومراكز الاحتجاز) ، رغم أنها تشير إلى معلومات موثقه ، والتى تعكس إطاراً جيداً للحكم السريرى .

ويلتقي المعيار B عند مجال واحد على الأقل من التكيف فى الأداء المفاهيمي والإجتماعى ، أوالعملي ، كما أن هناك حاجة إلى الدعم المستمر من أجل تقييم أداء الشخص في واحدة أو أكثر من إعدادات الحياة المدرسية ، سواء في العمل ، أو في المنزل ، وذلك بهدف تلبية معايير تشخيص الإعاقة الفكرية ، والعجز في التكيف ، والذى يتعلق مباشرة بالعاهات الفكرية وتوصف في المعيار (A . C) بمعيار ، بداية الإعاقة خلال الفترة التنموية ، والذى يشير الى الاعتراف بأن العجز الفكري وسوء التكيف قد ينشأ خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

الإعاقة الفكريّة هى شرط غير متجانس ذات لأسباب متعددة . وقد يكون هناك ارتباط بين العوامل الاجتماعية ، وبين تقييم المخاطر ، وسلوك إدارة الذات ، العواطف ، أو العلاقات الشخصية ، أو الدوافع في بيئات المدرسة أو العمل . كما أن عدم وجود مهارات الاتصال قد يؤدى للتصرفات التخريبية والعدوانية . والسذاجة غالبا ما تكون ميزة ، وهى التي تنطوي على سذاجة في المواقف الاجتماعية السهلة ، وتعد السذاجة وقلة الوعي بالمخاطر ، والتى قد تشجع إلى استغلالهم من قبل الآخرين ، وتعرضهم إلى الإيذاء ، والاحتيال ، والمشاركة الإجرامية ، والحصول على اعترافات كاذبة ، مع خطر سوء المعاملة الجسدية والجنسية . هذه الخصائص المرتبطة يمكن أن تكون هامة في الحالات الجنائية ، بما في ذلك جلسات محاكمات قد تؤدى إلى توقيع عقوبة الإعدام .

الأشخاص الذين يعانون من تشخيص الإعاقة الذهانية قد تحدث لهم اضطرابات النفسية شديدة ، معرضون لخطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) أو يفكرون فيه ، وبالتالي ، الكشف عن أفكار انتحارية أمر ضروري في عملية التشخيص والتقييم . لعدم وجود الوعي بمخاطر تلك السلوكيات ، والذى قد يزيد من معدلات الإصابة العارضة .

أما معدل انتشار Prevalende الإعاقة الذهانية بصفة عامة بين السكان فيصل إلى ما يقرب من ١ ٪ ، وتختلف معدلات الانتشار حسب العمر . كما أن معدل الانتشار للإعاقة ذهانية الشديدة يقارب من ستة / لكل ألف نسمة .

ظهور الإعاقة الذهانية في بداية مرحلة النمو :

أولاً : الخصائص :

تعتمد الخصائص في بداية على المسببات وشدة ضعف الدماغ : وتتسم بتأخر معدلات اللغة ، وقصور فى المعالم الاجتماعية ، والتى قد يكون تحديدها خلال السنوات الأولى من حياة ذوي الإعاقة الذهانية الأكثر حدة ، في حين أن المستويات المعتدلة قد لا تكون محددة حتى في سن المدرسة (السادسة) عندما تظهر صعوبات في التعلم الأكاديمي يصبح واقعاً واضحا .

أما جميع المعايير (بما في ذلك المعيار C) يجب أن يفي بها تاريخ الحالة ، أو العرض التقديمي الحالي . كما أن بعض الأطفال تحت سن ٥ سنوات ، يمكن أن يكون ُعرضة في نهاية المطاف لظهور معايير الإعاقة الذهانية ، ويكون العجز التي يلبي معايير تأخر النمو العالمي .

وعندما ترتبط الإعاقة الفكرية مع متلازمة وراثية ، قد تكون هناك سمة المظهر المادي (كما على سبيل المثال . متلازمة داون) ، والتي تشير إلى السلوكيات المحددة كسمة معينة للاضطراب الوراثي (على سبيل المثال : متلازمة ليش نيهان Lesch Nyha) . في أشكالها المكتسبة ، وقد تكون ذات بداية مفاجئة بعد مرض مثل التهاب السحايا ، والتهاب الدماغ أو الرأس أو الصدمة التي تحدث خلال الفترة التنموية .

كما تؤدى الإعاقة الذهانية إلى فقدان المهارات المعرفية المكتسبة ، كما هو الحال في إصابات الدماغ الحادة ، وتشخيص الفكرية قد يتم بتعيين العجز والاضطراب

العصبي على حد سواء . وعلى الرغم من أن الإعاقة الذهانية هي تشير لحالة مرضية عموماً ، إلا أن الاضطرابات الوراثية المعينة (على سبيل المثال : متلازمة ريت) تحدث تدهور ، يليها إستقرار ، وتفاقم فى العلاقات مع الآخرين (وعلى سبيل المثال : فإن متلازمة سان Phillippo) تحدث ضعف تدريجي للوظائف الفكرية . في مرحلة الطفولة المبكرة ، ثم يحدث الاضطراب على مدى الحياة بصفة عامة ، وعلى الرغم من أن مستويات الخطورة قد تتغير مع مرور الوقت . إلا أنه قد تؤثر على دورة الاضطراب من قبل الظروف الطبية أو الوراثية الكامنة والظروف المشتركة (على سبيل المثال : ضعف السمع أو ضعف البصر ، الصرع) . وقد تحسن التدخلات المبكرة والمستمرة أداء التكيف طوال مرحلة الطفولة والبلوغ . وفي بعض الحالات ، تؤدي هذه التدخلات إلى تحسن كبير من الأداء الفكري ، بحيث يمكن تشخيص الإعاقة الذهانية ، وبالتالي ، فمن الشائع عند تقييم الرضع والأطفال الصغار أن يتم تأخير تشخيص الإعاقة الذهانية حتى بعد تقديم الدورة المناسبة للتدخل . أما الأطفال الأكبر سنا والبالغين ، فإن مدى الدعم المقدم قد يسمح بالمشاركة الكاملة في جميع أنشطة الحياة اليومية وتحسين وظيفة التكيف . ويجب تحديد ما إذا كانت التقييمات التشخيصية المحسنة مثل مهارات التكيف ، تحدث نتيجة مستقرة ، وتعمم بإكتساب المهارات الجديدة (التي تسهم فى تشخيص الإعاقة الذهانية) أو ما إذا كان مثل هذا التحسين يتوقف على وجود الدعم والتدخلات الجارية (وفي هذه الحالة فإن تشخيص الإعاقة الفكرية قد يكون لا يزال مناسبا) .

ثانياً : المخاطر والعوامل المنذرة :

تشمل المخاطرالجينية والفيسيولوجية مسببات ما قبل الولادة : والمتلازمات الوراثية (مثل تسلسل الاختلافات أو نسخة عدد المتغيرات التي تنطوي على واحد أو أكثر من الجينات؛ الكروموسومات اضطرابات) ، أخطاء وراثي في التمثيل الغذائي ، وتشوهات الدماغ ، وأمراض الأمهات (بما في ذلك مرض المشيمة) ، والتأثيرات البيئية (على سبيل المثال : الكحول والمخدرات الأخرى ، والسموم Teratogens) . وتتضمن الأسباب الفترة المحيطة بالولادة مجموعة متنوعة من العمل والأحداث المرتبطة بالولادة مما يؤدي إلى اعتلال الدماغ عند الوليد . وتشمل الأسباب ما بعد الولادة الإصابة الدماغية ميتة ، الصدمة إصابات الدماغ ، والتهابات ،

واضطرابات المزيل ، واضطرابات الاستيلاء (على سبيل المثال : تشنجات الطفلي) ، الحرمان الاجتماعى الحاد والمزمن ، ومتلازمات الأيض السامة والتسمم (على سبيل المثال : الرصاص ، الزئبق) .

تشخيص قضايا الثقافة Reiated :

تحدث الإعاقة الذهانية في جميع الأجناس والأعراق والثقافات . إضافة إلى الحساسية الثقافية المعروفة ، فهناك حاجة لتقييم الخلفية العرقية والثقافية واللغوية للفرد ، والخبرات المتاحة ، والقابلية للتكيف ، والعمل داخل مجتمعه المحلي ، كما يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار الإعداد الثقافي للفرد .

تشخيص القضايا بين الجنسين :

عموما ، الذكور أكثر عرضة من الإناث لتشخيص الإعاقة الفكرية مع كل معدل من (متوسط الذكورfemale : male نسبة ١,٦ : ١) والشديدة (متوسط الذكور : الإناث نسبة ١,٢ : ١) أشكال الفكرية الإعاقة . ومع ذلك تختلف النسب بين الجنسين على نطاق واسع في بعض الدراسات .

التشخيص التفاضلى :

يتضمن التشخيص التفاضلى تقييم شامل للقدرات الفكرية والتكيفية ، وتحديد المسببات الوراثية وغير الوراثية ، وتقييم المرتبطة الظروف الطبية (على سبيل المثال : الشلل الدماغي ، واضطرابات الاستيلاء) ، والتقييم المشترك للتحدث الاضطرابات النفسية والعاطفية والسلوكية . مكونات التقييم قد تتضمن الأساس مسبقا والتاريخ الطبي قبل الولادة ، وثلاثة أجيال نسب العائلة ، والفحص البدني ، التقييم الوراثي (على سبيل المثال : النمط النووي أو الكروموسومات ميكروأري تحليل واختبار لمتلازمات وراثية محددة) ، وفحص وتقييم الأيض تصوير الأعصاب .

التشخيص التفاضلي :

ينبغي أن يتم تشخيص الإعاقة الذهانية وفقاً لمعايير A ، B ، وC . ولا ينبغي أن يفترض تشخيص الإعاقة الذهانية بسبب معين ، أو لحالة وراثية أو طبية . أو بسبب متلازمة وراثية مرتبطة بالإعاقة الفكرية ، وينبغي تشخيص الأعراض المتزامنة مع

الإعاقة الذهانية من خلال تصنيف الإعاقة الفكرية باعتبارها (عصبية نمائية) وهو اضطراب يتميز عن الاضطرابات العصبي ، والذى يتميز بفقدان الوظائف الإدراكية .

إضطرابات العصبية الكبرى Co-occur قد ترتبط مع الإعاقة الذهانية (على سبيل المثال : الفرد مع متلازمة داون / الذي يطور مرض الزهايمر ، أو فرد مع الإعاقة الذهانية الذي يفقد المزيد القدرة المعرفية بعد إصابة في الرأس) . في مثل هذه الحالات ، يتم تشخيص الإعاقة الذهانية ، ثم الاضطراب العصبي ، أو تشخيص كليهما معاً .

اضطرابات التواصل واضطراب التعلم محددة : تُعد الاضطرابات العصبية النمائية المحددة الناتجة عن ضعف مجالات التواصل والتعلم وإظهار العجز في السلوك الفكري والتكيفي ، ويتم إجراء التشخيصات على حد سواء إذا ما تم استيفاء المعايير الكاملة للإعاقة الفكرية واضطراب الاتصالات ، أو اضطراب التعلم المحدد ، أو اضطراب طيف التوحد .

كما تُعد الإعاقة الفكرية أمراً شائعاً بين الأفراد مع اضطراب طيف التوحد : ويتم تقييم القدرة الفكرية ، والتى قد تكون معقدة بسبب عجز التواصل الاجتماعى ، مع متلازمة اضطراب طيف التوحد ، والتي قد تتداخل مع الفهم والامتثال لإجراءات الاختبار .

ويعد التقييم المناسب أمراً ضرورياً من سير الإعاقة الفكرية مع اضطراب طيف التوحد ، ويجب أن يتم إعادة التقييم خلال الفترة التنموية ، وذلك لأن درجات معدل الذكاء في اضطراب طيف التوحد قد تكون غير مستقرة ، ولا سيما في مرحلة الطفولة المبكرة .

الاعتلال المشترك :

يُشارك في حدوث العصبية النمائية كل من : الظروف النفسية والطبية والمادية المتكررة في الإعاقة الفكرية ، مع معدلات بعض الشروط (على سبيل المثال : والاضطرابات النفسية ، والشلل الدماغي ، والصرع) والذى يصل إلى (٣-٤ مرات) أعلى مما هو عليه في عامة السكان .

أما التكهن ونتائج التشخيصات التي تحدث فقد ترتبط بوجود الإعاقة الفكرية ، وقد تتطلب إجراءات التقييم التركيز على الاضطرابات المرتبطة بها ، بما في ذلك

اضـطرابات التواصـل ، واضـطرابات طيـف التوحـد ، والحركيـة ، والحـسية ، أو اضطرابات أخرى .

ومن الضروري تحديد الأعراض المصاحبة مثل : التهيج ، والتقلبـات المزاجيـة ، والعـدوان ، ومـشاكل في تنـاول الطعـام ، ومـشاكل في النـوم ، ولتقيـيم الأداء علـى التكيف في بيئات المجتمـع المحلـي المختلفـة . والـتى تـشارك فى حـدوث الاضـطرابات النفسية والنمائية العـصبية الأكثـر شـيوعا ، والأجـدر بالاهتمـام نحـو اضـطراب فـرط النشـاط ، واضطرابات الاكتئاب ثنائي القطب ؛ واضطرابات القلق ؛ واضطراب طيف التوحد ؛ واضطراب الحركة النمطيـة (مـع أو بـدون إلحـاق ضـرر بـالنفس الـسلوك)؛ اضطرابات السيطرة على الانفعـالات ؛ واضـطراب عـصبي كـبير . اكتئـابي قـد يحـدث اضطراب في جميع أنحـاء مجموعـة مـن شـدة الإعاقـة الفكريـة . Selfinjurious يتطلـب السلوك الانتباه التشخيص الفوري ، وربما تستدعي وجود تشخيص منفصلة اضـطراب الحركة النمطية . الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية ، ولا سيما ذوي الإعاقـة الذهانيـة أكثـر حدة ، قد أيضاً يحمل العدوان والسلوكيات التخريبيـة ، بمـا في ذلـك ضـرر الآخـرين أو تدمير الممتلكات .

تصنيفات أخرى :

ICD-11 (تصنيف منظمة الصحة العالميـة) يـستخدم كمـصطلح للاضـطرابات التنموية الفكرية ، والتى تشير إلى أن هذه الاضـطرابات تنطـوي علـى ضـعف وظـائف الدماغ في وقت مبكر من الحيـاة . ويـتم وصـف هـذه الاضـطرابات في ICD-11 بمثابـة Metasyndrome والتي تحدث في فترة تنموية مماثلة للخرف أو اضطراب عصبي آخر قـد يحدث في وقت لاحق .

هناك أربعة أنواع فرعية في ICD-11 : خفيف ، معتـدل ، شـديد ، وعميقـة ، خاصة بالإعاقة الذهانية ، كما تستخدم الجمعية الأمريكية المعنية بالملكية وإعاقات النمو (AAIDD) مصطلح الإعاقة الذهانية بهـذا المعـنى أيـضاً إلى المـصطلح المستخدم في هـذا دليل . تصنيف وAAIDD هـو متعـدد الأبعـاد بـدلا مـن القـاطع وعلـى أسـاس بنـاء الإعاقة . بدلا من إدراج المحددات كما هو الحال في DSM-5.

تأخير التشخيص العالمي للنمو (F88) :

يرتبط هذا التشخيص بالأفراد الذين تقل أعمارهم (عن خمس سنوات) عند حدوث الشدة السريرية ، والتي لا يمكن تقييم مستوى موثوق لها من خلال مرحلة الطفولة المبكرة . ويتم تشخيص هذه الفئة عندما يفشل الفرد في تلبية المعالم التنموية المتوقعة في عدة مجالات فكرية ، وينطبق ذلك على الأفراد الذين لا يستطيعون الخضوع لتقييمات منهجية من سير العملية الفكرية ، بما في ذلك الأطفال الذين هم أصغر من أن يشاركوا في إجراء الاختبار الموحد . ويتطلب الأمر إعادة تقييم هذه الفئة بعد فترة من الزمن .

تخص الإعاقة الفكرية غير المحددة (اضطراب الفكرية التنموي) (F79) فئة الأطفال فوق (سن ٥ سنوات) وذلك عند تقييم درجة الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) عن طريق الإجراءات المتاحة للتقييم ، والتي من الصعب أو المستحيل ارتباطها بالمظاهر الحسية أو العاهات الجسدية ، كما في العمى أو الصمم سابق للنطق؛ الحركي العجز ، أو وجود السلوكيات مشكلة حادة أو شارك في حدوث اضطراب عقلي . ينبغي هذه الفئة أن تستخدم إلا في ظروف استثنائية ويتطلب إعادة تقييم بعد فترة من الزمن .

اضطرابات التواصل Communication Disorders :

تشمل اضطرابات التواصل / والعجز في اللغة والكلام والتواصل . والكلام هو إنتاج مُعبر من الأصوات ويتضمن صياغة الفرد ، الطلاقة ، والصوت ، وجودة الرنين . ويتضمن لغة الشكل والوظيفة ، واستخدام نظام من الرموز التقليدية (أي الكلمات المنطوقة ، لغة الإشارة ، والكلمات المكتوبة والصور) بطريقة يحكمها سيادة للاتصال . ويشمل التواصل اللفظي أي أو السلوك غير اللفظي (سواء عن قصد أو عن غير قصد) أن يؤثر على السلوك ، أفكار ، أو مواقف فردية أخرى . تقييم الكلام واللغة والتواصل يجب أن تأخذ في الاعتبار قدرات السياق الثقافي واللغة الفرد ، وخاصة بالنسبة للأفراد الذين ينشأون في بيئات ثنائية اللغة . التدابير موحدة من تطوير اللغة والقدرة الفكرية غير اللفظي يجب أن تكون ذات صلة للمجموعة الثقافية واللغوية (أي اختبارات المتقدمة وموحدة لمجموعة واحدة قد لا توفر المعايير المناسبة لمجموعة

مختلفة) . فئة تشخيصية للاتصال اضطرابات تتضمن ما يلي : اضطراب اللغة واضطراب الكلام الصوت ، اضطراب الطفولة الظهور الطلاقة (التأتأة) والاجتماعية (واقعية) اضطراب التواصل ، واضطرابات التواصل محددة وأخرى غير محددة .

إضطراب اللغة Language Disorder:

معايير التشخيص (F80.9) :

الصعوبات الثابتة **A** : تتحدد في اقتناء واستخدام اللغة عبر طرائق (اللغة المنطوقة والمكتوبة ولغة الإشارة ، أو غيرها) وذلك بسبب العجز في الفهم أو إنتاج اللغة ، والتي تشمل ما يلي :

١. تخفيض المفردات (المعرفة كلمة والاستخدام) .
٢. بناء الجملة المحدودة (القدرة على وضع الكلمات ونهايات الكلمات معا لتشكيل الجمل استنادا إلى قواعد اللغة والتشكل) .
٣. ضعف في الخطاب (القدرة على استخدام المفردات والجمل ربط لشرح ووصف موضوع أو سلسلة من الأحداث أو إجراء محادثة) .

قدرات **B** : اللغة أقل كميا من تلك المتوقعة بالنسبة للعمر ، مما قد يؤدى إلى قيود وظيفية في التواصل الفعال ، والمشاركة الاجتماعية ، والإنجاز الأكاديمي ، أو الأداء المهني ، بشكل فردي أو في أي مجموعة .

قدرات **C** : ظهور الأعراض تبدو في فترة النمو المبكر .

قدرات**D** : الصعوبات لا تعزى الى الاستماع أو غيرها من الصعوبات الحسية ، أو اختلال الوظائف الحركية ، أو نتيجة حالات طبية أو عصبية أخرى ، من خلال شرح العجز الفكري مثل (اضطراب النمو الفكري) أو تأخر في النمو العالمي .

الخصائص التشخيصية :

تشمل الخصائص الأساس لتشخيص اضطراب اللغة / صعوبات في اكتساب واستخدام اللغة بسبب العجز عن الفهم أو إنتاج المفردات ، أو هيكلة الجملة ، ولغة الخطاب .

ويتضح العجز اللغوى في الاتصالات المنطوقة ، والاتصال الكتابي ، أو لغة الإشارة ، كما يعتمد تعلم اللغة واستخدامها على كلا من المهارات الاستقبالية والتعبيرية . وتشير القدرة التعبيرية إلى إنتاج الأصوات ، الإيمائية ، أو الإشارات اللفظية ، في حين تشير القدرة اللغوية إلى تقبل عملية استقبال وفهم رسائل اللغة . وتحتاج المهارات اللغوية إلى تقييم الطرق التى قد تختلف في شدتها . على سبيل المثال : الجوانب التعبيرية ، اللغة والتى قد تكون فى حالة ضعف شديد ، في حين أن اللغة الاستقبالية تكاد تكون ضعيفة على إطلاقها .

وعادة ما يصيب اضطراب اللغة المفردات والقواعد ، وتحد هذه الآثار من القدرة على فهم لغة الخطاب . كما يحتمل تأخر الكلمات والعبارات الأولى للطفل في بداية المرحلة العمرية ، كما أن حجم المفردات يكون أصغر وأقل تنوعا مما كان متوقعاً ، وقد يستخدم جمل أقصر وأقل تعقيدا مع الأخطاء النحوية .

أما العجز في فهم اللغة في كثير من الأحيان يتم التقليل من أهميته ، لأن الأطفال قد يكونوا جيدين في استخدام السياق لاستنتاج المعنى . وقد تكون هناك مشاكل لتقصي كلمة أو قد تعود إلى سوء فهم المرادفات والمعاني المتعددة ، والمناسبة لعمر الطفل وثقافته .

وقد يواجه الطفل مشاكل مع تذكر الكلمات والجمل الجديدة ، والتى تتضح مع صعوبات التمرين على سلاسل من المعلومات اللفظية (على سبيل المثال : تذكر رقم هاتف / أو قائمة تسوق) ، أو مع صعوبات في تذكر تسلسل صوت الرواية ، وهي المهارة التي قد تكون مهمة لتعلم كلمات جديدة .

كما تظهر صعوبات في الخطاب عن طريق الحد من القدرة على توفير معلومات كافية عن الأحداث الرئيسة والتى تروى كقصة متماسكة .

وتظهر صعوبة اللغة كذلك من خلال قدرات كمية كبيرة ، تفوق المرحلة العمرية للطفل ، والتى قد تتداخل الى حد كبير مع التحصيل الأكاديمي ، والأداء المهني ، والتواصل الفعال أو التنشئة الاجتماعية (المعيار B) .

ويتم تشخيص اضطراب اللغة على أساس التوليف بين تاريخ الفرد والحالة السريرية المباشرة المراقبة عبر سياقات مختلفة (أي البيت والمدرسة ، أو العمل) ، مع

عشرات من الاختبارات الموحدة ، مثل اختبارات القدرة اللغوية التي يمكن استخدامها لتوجيه تقديرات شدة الحالات .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

هناك تاريخ عائلي إيجابي من اضطرابات اللغة هي غالبا ما تكون موجودة : لدى الأفراد ، وحتى الأطفال ، والذين قد يكونوا بارعين في استيعاب لغتهم المحدودة . وقد يبدون خجولين أو متحفظين للحديث .

وقد يفضل الأفراد المتضررين التواصل فقط مع أفراد الأسرة أو الأفراد الآخرين المألوفين لديهم . وعلى الرغم من أن هذه المؤشرات الاجتماعية ليست تشخيصية لاضطراب اللغة ، إلا إذا كانت بارزة ومستمرة ، فإنها تستدعي الإحالة الكاملة لتقييم اللغة . كما أن اضطراب اللغة ، ولا سيما العجز عن التواصل ، قد يتشارك في حدوثه اضطراب الصوت والكلام .

دورة اكتساب اللغة Language acquisition cycle :

يتم وضع علامة اكتساب اللغة من خلال التغييرات التي تحدث للفرد منذ بداية المشي وصولاً إلى مستوى الكبار ، وتظهر الكفاءة خلال فترة المراهقة ، كما تظهر التغييرات في أبعاد اللغة (الأصوات ، والكلمات والنحو والسرد النصوص التفسيرية ، ومهارات التخاطب) بزيادات متدرجة عبر مراحل العمر .

ويظهر اضطراب اللغة خلال فترة النمو المبكر ، ومع ذلك ، فإن هناك تباين كبير في المفردات المبكرة ، والفروق الفردية ، والتي تعد أحد المؤشرات التنبؤية للغاية ، كما تتضح الفروق الفردية في القدرة اللغوية الأكثر استقراراً ، أما أفضل قياس دقيق للغة فيتم عند عمر (٤ سنوات) ويتم تشخيص اضطراب اللغة فى سن ٤ سنوات من العمر ، حيث من المرجح أن تكون مستقرة فى هذا السن، والتي تستمر عادة في مرحلة البلوغ .

عوامل الخطر المنذرة :

الأطفال الذين يعانون من ضعف اللغة الاستقبالية لديهم تكهن أقل من تلك التي تسود مع العاهات الغالبة المعبرة عن الخطر . وهم أكثر مقاومة للعلاج ، وقد تعود الصعوبات مع القراءة والفهم إلى العوامل الجينية والفيسيولوجية ، واضطرابات اللغة

الوراثية للغاية ، وأفراد الأسرة هم أكثر عرضة لها ، والذين قد يتوفر لديهم تاريخ من ضعف اللغة .

التشخيص الفارق :

يحتاج تشخيص اضطراب اللغة إلى التفريق بين ما هو طبيعي / وبين ما يعود إلى الاختلافات التنموية ، وهذا التمييز قد يكون من الصعب اتخاذه قبل (٤) سنوات من عمر الطفل . ويجب الأخذ فى الاعتبار الاختلافات الإقليمية والاجتماعية ، والثقافية والعرقية / عند تشخيص اللغة (على سبيل المثال : اللهجات) عندما يتم تقييم الفرد مع ضعف اللغة .

السمع أو ضعف الحسية الأخرى : يحتاج تشخيص ضعف السمع إلى استبعاد السبب الرئيس لصعوبات اللغة . والذى قد يترافق مع عجز اللغة وضعف السمع ، وغيرها من العجز الحسي ، أو عجز الكلام .

الإعاقة الذهانية (اضطراب النمو الفكري) : غالباً ما يكون تأخير اللغة كاشفاً لظهور الإعاقة الفكرية ، ولا يسمح بالتشخيص النهائي إلا بعد إكمال التقييم الموحد للطفل .

ولا ينظر إلى التشخيص المنفصل إلا إذا كان العجز اللغوي بارزاً بشكل واضح ويزيد من القيود الفكرية، والاضطرابات العصبية ، واضطراب اللغة الذى يمكن رصده بالتوازى مع الاضطرابات العصبية ، بما في ذلك الصرع (مثل فقدان القدرة على الكلام المكتسب أو متلازمة لانداو كليفنر) . [1]

---

(١) متلازمة لانداو كليفنر . هى متلازمة عصبية نادرة في مرحلة الطفولة ، تتميز بتطور مفاجئ أو تدريجي من حبسة (عدم القدرة على فهم اللغة أو التعبير) والتخطيط الكهربائي غير طبيعي للدماغ . المتلازمة تؤثر على أجزاء من الدماغ التي تتحكم بالفهم والكلام . هذا الاضطراب عادة ما يحدث في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥ و٧سنوات . عادة ، والأطفال الذين يشكون من المتلازمة يتطورون بشكل عادي ولكنهم يفقدون مهاراتهم اللغوية .

انحدار اللغة : ويشير إلى فقدان القدرة على النطق واللغة عند الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٣ سنوات ، وقد يكون علامة على اضطراب طيف التوحد (مع انحسار النمو) أو نتيجة شروط عصبية محددة ، مثل متلازمة لانداو كليفنر . بين الأطفال الأكبر سنا من ٣ سنوات ، وقد يكون فقدان اللغة مترافقاً مع أعراض اضطراب آخر ، لذا يجب تقييم التشخيص الضروري لاستبعاد وجود مرض الصرع .

الاعتلال المشترك :

ويرتبط - بقوة - باضطراب اللغة مع الاضطرابات العصبية النمائية الأخرى ، وذلك من حيث اضطراب التعلم المحدد (القراءة والكتابة والحساب) ، ونقص الانتباه ، واضطراب فرط النشاط ، واضطراب طيف التوحد ، واضطراب التنسيق التنموي . كما يرتبط أيضاً مع الاجتماعية (براجماتية / نفعية) واضطراب الاتصالات . وغالباً ما يوجد تاريخ عائلي إيجابي (وراثى) لاضطرابات الكلام أو اللغة .

إضطراب الكلام والصوت Speech and voice disorder :

معايير التشخيص (**F80.0**) :

A . صعوبة ثابتة فى نطق الكلام السليم الذي يتداخل مع وضوح الكلام ، أو يمنع التواصل اللفظي مع الآخرين .

B .اضطراب يسبب ضيق في التواصل الفعال الذى يتداخل مع المشاركة الاجتماعية ، والتحصيل الدراسي ، أو الأداء المهني ، بشكل فردي أو جماعى .

C . ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر .

D . لا تعزى الصعوبات إلى التشوهات الخلقية أو المكتسبة ، مثل الشلل الدماغي ، الحنك المشقوق ، والصمم أو فقدان السمع ، إصابات الدماغ ، وغيرها الحالات الطبية العصبية .

الخصائص التشخيصية :

يصف الإنتاج السليم للخطاب (اللغة) صياغة واضحة من الفونيمات (الصوتيات) وبالتركيبة التى يتم بها تشكيل الكلمات المنطوقة . ويتطلب إنتاج الصوت والكلام المعرفة الصوتية للأصوات والكلام والقدرة على تنسيق الحركات على مفاصل

كل من (الفك واللسان ، والشفتين) مع التنفس ودرجة علو صوت الخطاب . ويعانى الأطفال من صعوبات في إنتاج الكلام ، والذى قد يواجه بصعوبة في المعرفة الصوتية من الكلام أو القدرة على تنسيق حركات الخطاب بدرجات متفاوتة . ويصنف اضطراب الكلام بأصوات غير متجانسة في آلياتها الكامنة ويشمل الفوضى الصوتية واضطراب التعبير . ويتم تشخيص اضطراب الصوت عند إنتاج الكلام ، وليس ما يمكن توقعه بناء على عمر الطفل عند مرحلة العجز ، والتى لا تتشكل نتيجة للمادية والهيكلية العصبية ، أو لضعف فى مستوى السمع .

وعادة ما يبدأ نمو الكلام لدى الأطفال منذ السنة الثانية ، أما الكلام العام فيجب أن يكون واضحاً في سن (أربع سنوات) ، وقد يكون ٥٠٪ منه مفهومة فقط .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

إضطراب اللغة ، ولا سيما العجز التعبيري ، واضطراب الصوت ، والذى قد يرجع إلى تاريخ عائلي إيجابي من ضعف الكلام ، أو اضطرابات اللغة الموجود غالباً ، وإذا كانت القدرة على تنسيق اللغة تتصف بالصعوبة ، وقد يكون هناك تاريخ من تأخير التناسق في اكتساب المهارات التي تستخدم أيضاً مفاصل وعضلات الوجه ذات الصلة بالنطق ؛ من بين أمور أخرى ، قد يشمل اضطراب اللغة مهارات المضغ ، والحفاظ على إغلاق الفم ، قد كما أن ضعف التنسيق في الاضطراب اللغوى التنموي قد يتصل بمناطق أخرى من التنسيق الحركي .

خلل الأداء اللفظي هو المصطلح المستخدم لمشاكل إنتاج الكلام : وقد تنخفض قيمة الكلام بشكل مختلف مع بعض الأمراض الوراثية (مثل متلازمة داون q٢٢ الحذف ، Foxpz طفرة جينية) . إذا كان موجودا ، وينبغي أيضاً ترميز تنمية ودورة تعلم إنتاج أصوات الكلام بشكل واضح ودقيق لإنتاج الكلام المتواصل ، ودعم المهارات التنموية بطلاقة .

أما صياغة خطاب Inteuigible الأصوات فيتبع نمط تنموي ، وينعكس هذا الأمر في المعايير المرتبطة بالاختبارات الموحدة . ومن الممكن المتاح أن يطور الأطفال من قدراتهم على استخدام العمليات التنموية لتقصير الكلمات والمقاطع كما يتم تعليمهم الكلام .

أما الأطفال الذين يعانون من تواصل اضطراب الصوت ، نظراً لاستخدام عمليات التبسيط الصوتية غير الناضجة بعد سن (٤ سنوات)عندما يمكن لمعظم الأطفال إنتاج الكلمات بطريقة واضحة .

وينبغي أن تنتج معظم الأصوات الكلام بشكل واضح ، كما ينبغي أن تكون معظم الكلمات واضحة بدقة وفقا للسن ووفقاً لقواعد المجتمع ، عند سن (سبع سنوات) .

وفي معظم الأحيان يبدو أنها تميل أيضاً إلى أن تنمو في وقت لاحق ، ويمكن اعتبار هذه الأصوات في حد ذاتها ضمن الحدود الطبيعية حتى سن ثمان سنوات . وذلك عندما يتشارك مع أصوات متعددة ، وقد يكون من المناسب إستهداف بعض تلك الأصوات كجزء من خطة تحسين وضوح الصوت قبل السن الذي يمكن لكل الأطفال تقريبا أن تنتج لديهم الأصوات بدقة .

أما اللعثمة فهى أمر شائع خاصة أنها يمكن أن تنطوي على أنماط أمامية أو جانبية للاتجاه العكسى ، وقد تترافق مع نمط غير طبيعي لتوجه بلع اللسان ، ومعظم الأطفال الذين يعانون من اضطراب الكلام يستجيبوا بشكل جيد للعلاج ، وتتحسن لديهم صعوبات النطق مع مرور الوقت ، وبالتالي فإن الاضطراب قد لا يكون مدى الحياة ، أما اضطراب الكلام فيحتمل تشخيصه بدرجة أقل ، ويمكن أن يكون مرتبطاً باضطرابات التعلم المحددة .

التشخيص التفاضلي :

الاختلافات الطبيعية في الكلام : تتأثر بالاختلافات الإقليمية والاجتماعية ، والثقافية العرقية للكلام ، وينبغي النظر إليها قبل اتخاذ هذا التشخيص . أما ضعف السمع أو الحواس الأخرى ، أو الصمم فقد يؤدي إلى شذوذات في الكلام . وقد يترافق عجز إنتاج الصوت ةالكلام مع ضعف السمع ، ومع العجز الحسي الآخر ، أو مع عجز الكلام الحركي ، والذى يتجاوز تلك المشكلات التى ترتبط عادة مع تشخيص اضطراب الصوت والكلام .

العجز الهيكلي : قد يكون راجعا إلى عجز هيكلي (مثل الشق الحلقي) مما قد يسبب الإعاقة في الكلام .

الرتة : قد تكون إعاقة في الكلام تعزى إلى اضطراب حركي ، مثل الشلل ، وتظهرها العلامات العصبية ، فضلا عن السمات المميزة للصوت ، وتختلف الرتة عن اضطراب الصوت ، وعلى الرغم من أن الأطفال الصغار (أقل من ٣ سنوات) قد يكون من الصعب تشخيصهم ، لا سيما عندما لا يكون هناك حد أدنى أو تورط أسباب أخرى (كما هو الحال في ، على سبيل المثال : مع متلازمة الجفاف Worster) .

الخرس الانتقائي : ويشير إلى الاستخدام المحدود للكلمة ، وقد يكون علامة على الصمت الإنتقائى ، والقلق الفوضوى الذى يتميز بنقص معدل الكلام في سياقات أو إعدادات واحدة أو أكثر . والخرس الإنتقائي قد يحدث في الأطفال الذين يعانون من اضطراب الكلام بسبب الحرج من العاهات ، ولكن العديد من الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي ، قد يحملوا الكلام العادي في إعدادات " آمنة " كما في المنزل أو مع الأصدقاء المقربين .

اضطراب الطفولة الطلاقة (التلعثم)

:Disorder childhood fluency (stuttering)

معايير التشخيص (F80.81) :

A. اضطرابات الطلاقة ، وزخرفة التعبير غير الملائمة بالنسبة للعمر والمهارات اللغوية للفرد ، وتستمر على مر الزمن ، وتتميز بواسطة الحوادث المتكررة وتميز من واحد (أو أكثر) من التالي :

١. تكرار الصوت اللفظي .
٢. تمديدات الحروف الساكنة وكذلك أحرف العلة .
٣. كلمات الكسر (على سبيل المثال : مؤقتا ضمن كلمة) .
٤. حجب الصوت المسموع أو الصامت (توقف أو شغل شاغرة في الكلام) .
٥. الإطناب (بدائل الكلمة لتجنب إشكالية الكلمات) .
٦. الكلمات المنتجة مع وجود فائض من التوتر الجسدي .
٧. أحادي التكرار للكلمة الكاملة (على سبيل المثال : "IIII رؤيته") .

B . يسبب الاضطراب القلق حول الكلام أو قيود في التواصل الفعال ، والمشاركة الاجتماعية ، أو الأكاديمية أو مهنية الأداء ، بشكل فردي أو في أي مجموعة ، مع ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر . (ملاحظة : الحالات في وقت لاحق الظهور كما يتم تشخيص [F98.5] اضطراب الكبار بداية الطلاقة) .

D . لا ينسب الاضطراب إلى كلمة حركية أو العجز الحسي Dysfluency والمرتبط مع اهانة عصبية (مثل السكتة الدماغية ، والأورام ، والصدمات النفسية) كما لا ينسب لحالة طبية أخرى من خلال اضطراب عقلي آخر .

الخصائص التشخيصية :

السمة الأساس من سمات الطفولة هى ظهور اضطراب الطلاقة (التلعثم) هو اضطراب في الطلاقة (التلعثم) من الكلام الذي لا يليق عمر الفرد . ويتميز هذا الاضطراب من خلال التكرار أو التمديدات المتكررة من الأصوات أو المقاطع وأنواع أخرى من الكلام ، بما في ذلك كسر الكلمات (على سبيل المثال : مؤقتا ضمن كلمة) ، سواء كانت مسموعة أو صامتة (أو توقف شاغر - خالى - من الكلام) ، والإطناب (أي

كلمة بديلة لتجنب الكلمات الإشكالية) ، والكلمات المنتجة مع وجود فائض من التوتر الجسدي ، أو أحادي التكرار للكلمة الكاملة ، وقد يتداخل الاضطراب في الطلاقة ، أو مع التحصيل الأكاديمي أو المهني أو مع التواصل الاجتماعى .

أما مدى هذا الاضطراب فغالبا ما يكون أكثر شدة عندما تكون هناك ضغوط خاصة بالتواصل (على سبيل المثال : أو عند إعطاء تقرير مدرسى ، أو عند إجراء مقابلات عن وظيفة) . وغالباً ما تكون الطلاقة (التلعثم) غائباً أثناء القراءة عن طريق الفم ، والغناء ، أو التحدث إلى الجماد أو الحيوانات الأليفة .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

هناك تحسب وتخوف من تطوير المشكلة : ويحاول المتكلم تجنب آليات لغوية (على سبيل المثال : تغيير معدل الكلام ، وتجنب بعض الكلمات أو الأصوات) أو عن طريق تجنب حالات معينة من الكلام ، مثل الاتصال الهاتفي أو التحدث مع العامة . وبالإضافة إلى كونه يحمل ملامح حالة من التوتر والقلق ، والتى قد تتفاقم . ويمكن أيضاً أن تكون مصحوبة ببداية اضطراب طلاقة ، منذ مرحلة الطفولة ، وذلك من قبل بعض المظاهر الحركية (على سبيل المثال : يومض العين ، التشنجات اللاإرادية ، والهزات في الشفتين أو الوجه ، الرجيج من الرأس ، والتنفس ، أو حركات انقباض قبضة اليد) . كما تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الطلاقة مجموعة من القدرات اللغوية ، إلا أن العلاقة غير واضحة بين اضطراب الطلاقة وبين القدرات اللغوية .

دورة التطوير :

اضطراب طلاقة الطفولة : أوالتلعثم التنموي يبدأ حدوثه فى سن السادسة لـ (٨٠-٩٠٪) من المصابين ، مع تقدم العمر ، وعند البدء يتراوح العمر ما بين ٢-٧ سنوات . كما أن بدايته يمكن أن يمكن أن تبدأ غدراً أو فجائية بصورة كبيرة . وعادة ، ما تبدأ تدريجيا ، مع التكرار الأولي للحروف الساكنة ، والكلمات الأولى من عبارة ، أو كلمات طويلة ، والتى قد لا يكون الطفل فيها على دراية كاملة .

وقد يصبح الاضطراب أكثر تواترا وهذا التداخل ، قد يركز فقط - بصورة انتقائية - على الكلمات أو العبارات الأكثر وضوحا في الكلام . كما يصبح الطفل على

بينة وإدراك من صعوبة الكلام ، و(أنه / أو انها) قد يتطور آليات لتجنب الاستجابات العاطفية ، بما في ذلك تجنب الخطابة / بالتوازى مع استخدام الكلام القصير والبسيط . وتظهر الأبحاث أن ٦٥ -٨٥ ٪ من الأطفال يتعافوا مع شدة اضطراب الطلاقة في سن ٨ سنوات ، مع توقع الانتعاش فى مرحلة المراهقة وما بعدها .

المخاطر والعوامل المنذرة :

الجينية والفسيولوجية : خطر التأتأة بين الأقارب من الدرجة الأولى البيولوجية للأفراد ، تظهر مع بداية الطفولة ، كما يشير معدل اضطراب الطلاقة أكثر من ثلاثة أضعاف خطره في عموم السكان .

وتظهر الآثار الوظيفية لاضطراب (التلعثم) منذ مرحلة الطفولة بالإضافة إلى كونه ملامحه تشير إلى ما يمكن أن يؤدي إلى تفاقم التوتر والقلق ، وقد ينجم عن هذا القلق انخفاض قيمة الأداء الاجتماعى .

التشخيص التفاضلي :

العجز الحسي : قد يترافق اضطراب الكلام مع ضعف السمع أو غيرها من مظاهر العجز الحسي أو عجز الكلام الحركي . وعادة ما يرتبط الكلام الزائد مع هذه المشاكل ، ويتم تشخيص الطلاقة في مرحلة الطفولة ويجوز أن يتداخل الاضطراب مع الكلام العادي .

ويجب التمييز بين الاضطراب العادي الذى يحدث بشكل متكرر عند الأطفال الصغار ، والتي تشمل كلمة كاملة أو عبارة متكررة (على سبيل المثال : وأنا أريد آيس كريم) ، أما العبارات غير المكتملة ، والمداخلات ، الشاغرة المصحوبة بالتوقف ، أو تصريحات بين قوسين .

وقد تنمو زيادة في وتيرة هذه الصعوبات أو التعقيدات / بالتوازى مع نمو الطفل يتم تشخيص بداية اضطراب طلاقة الطفولة .

الآثار الجانبية للدواء : وقد تحدث التأتأة كأثر جانبي للدواء ، وربما يتم الكشف عن طريق العلاقة الزمانية مع التعرض للدواء .

الإضطراب مع الكبار : بداية ظهور هذا الاضطراب أثناء أو بعد مرحلة المراهقة ، وهو قد يترافق مع اضطراب النمو العصبي ، لدى الكبار والذى قد يرتبط بالشتائم

العصبية المحددة ، مع مجموعة متنوعة من الظروف الطبية والاضطرابات النفسية والتي يمكن تحديدها معهم ، ولكنها ليست ضمن تشخيص DSM-5.

اضطراب توريت : [1] ويتميز بالعرات الصوتية والألفاظ المتكررة من اضطراب توريت ، ويجب أن يكون مميزاً من الأصوات المتكررة منذ مرحلة الطفولة / والمترافق مع اضطراب الطلاقة بحكم طبيعتها وتوقيتها .

إضطراب الاتصالات الاجتماعية (الواقعية)

Social communication Disorder (realism) ،

معايير التشخيص (F80.89) ؛

الصعوبات الثابتة فى المعيار(A) : في الاتصالات الاجتماعية من التواصل اللفظي وغير اللفظي كما يتجلى فيما يلي : -

١. العجز في استخدام الاتصالات لأغراض اجتماعية ، مثل التحية وتقاسم المعلومات ، بطريقة غير مناسبة مع السياق الاجتماعى .
٢. ضعف القدرة على التغيير لتتناسب مع سياق الاتصالات أو احتياجات المستمع ، مثل التحدث بشكل مختلف في أحد الفصول ، الحديث بشكل مختلف لطفل مع شخص بالغ ، مع تجنب استخدام لغة رسمية للغاية .
٣. الصعوبات التالية لقواعد للمحادثة ورواية القصص ، تتم بالتناوب في المحادثة ، وإعادة صياغة ما يساء فهمه ، وقلة من كيفية استخدام اللغة اللفظية والإشارات غير اللفظية لتنظيم التفاعل مع الآخرين .
٤. لم يذكر صعوبات في الفهم الصريح (على سبيل المثال : مما يجعل الاستدلالات) ومعاني اللغة الغامضة (على سبيل المثال : التعابير ، والنكتة ، والاستعارات، والمعاني المتعددة التي تعتمد على سياق التفسير) .

---

(١) متلازمة توريت (Tourette syndrome) هي عبارة عن خلل عصبي وراثي يظهر منذ الطفولة المبكرة تظهر أعراضه على شكل حركات عصبية لاإرادية متلازمة يصحبها متلازمات صوتية متكررة. وتعتبر متلازمة توريت مرض أو عرض غريب شاذ نادر خاصة أنه يصحبه في العادة ألفاظ بذيئة تخرج بشكل لا إرادي، إلا أن ذلك العرض نادر مع مصابي المرض.

الصعوبات B : يفضى العجز إلى فرض قيود وظيفية في التواصل الفعال ، والمشاركة الاجتماعية ، والعلاقات الاجتماعية ، والتحصيل الدراسي ، أو الأداء المهني ، بشكل فردي أو مجتمعى ، وقد تظهر الأعراض في فترة النمو المبكر (ولكن لا يصبح العجز واضحاً تماماً ، إلا حين يتعامل مع متطلبات التواصل الاجتماعى التى تتجاوز قدراته اللغوية المحدودة) .

الصعوبات D : لا تعزى الأعراض إلى حالة طبية أو عصبية أخرى أو على الأقل مما لا يتم شرحه نتيجة لقدراتهم في مجالات بنية الكلمة والنحو ولا تعزى الأعراض كذلك من قبل اضطراب طيف التوحد ، والإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري) ، وتأخر في النمو المعيارى مع المرحلة العمرية له ، أو مع اضطراب عقلي آخر .

الخصائص التشخيصية :

يرتبط التفاعل الاجتماعي (براجماتية / نفعية) باضطراب التواصل من قبل صعوبة أولية مع البراجماتية ، أو باستخدام اللغة والتواصل الاجتماعي، وذلك من خلال العجز عن فهم واتباع القواعد الاجتماعية من قبل الاتصال اللفظي وغير اللفظي فى السياق الطبيعي .

ويفضي العجز في التواصل الاجتماعى إلى فرض قيود وظيفية في التواصل الفعال ، والمشاركة الاجتماعية ، وتنمية العلاقات الاجتماعية ، والتحصيل الدراسي ، أو الأداء المهني . كم لا يتم تفسير العجز بشكل أفضل من خلال انخفاض قدراتهم في مجالات اللغة الهيكلية المعرفية .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

الميزة الأكثر شيوعاً ترتبط بالعوامل الاجتماعية (براجماتية) فى اضطراب التواصل ، وهى ضعف اللغة ، والتي تتميز بتاريخ من التأخير في التوصل إلى معالم اللغة ، ومشاكل اللغة الهيكلية التاريخية الحالية (انظر " اضطراب اللغة " في موضع سابق من هذا الفصل) . وقد يتجنب الأفراد مع عجز التواصل الاجتماعى التفاعلات الاجتماعية .

كمـا أن اضـطراب نقـص الانتبـاه (ADHD) ، والمـشاكل الـسلوكية المحـددة بإضطرابات التعلم هي أيضاً أكثر شيوعا بين الأفراد المتضررين .

دورة النمو :

العوامل الاجتماعية (البراجماتية/ النفعية) المرتبطة بالتواصل بـين الأفـراد ، والـتى تعتمد على التقدم التنموي الكافي في الكلام واللغة ، وتـشخيص العوامـل الاجتماعيـة (البراجماتية) .

ويعد اضطراب التواصل أمراً نادر الحدوث بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٤ سنوات ، ووفقاً لعمـر الأطفـال مـا بـين (٤ أو ٥ سـنوات) يجـب أن يمتلكـوا معظـم وفردات الكلام واللغة ، مع قدرات كافية للسماح بتحديد العجز المحـدد في التواصـل الاجتماعى . وقد لا تصبح شكل أكثر اعتدالا من هذا الاضطراب الواضح حتى مرحلـة المراهقة المبكرة ، وذلك عندما تصبح اللغة والتفاعلات الاجتماعية أكثر تعقيدا .

أما نتائج الاجتماعية (براجماتية / النفعية) واضطراب التواصل فهى مـتغيرة ، مـع بعض الأطفال ، وقد تتحسن بشكل كـبير علـى مـر الـزمن ، وقـد يـستمر غيرهـم في صعوبات مستمرة حتى مرحلة البلوغ . حتى بين أولئك الذين لديهم تحسينات كبيرة ، في وقت مبكر من العجز في البراجماتيـة (النفعيـة) قـد تـسبب عاهـات دائمـة في العلاقـات الاجتماعية والسلوكية وأيضاً في اكتساب المهارات الأخرى ذات الـصلة ، مثـل التعـبير الكتابي .

العوامل المنذرة :

الجينيـة والفـسيولوجية : هنـاك تـاريخ عـائلي مـن اضـطراب طيـف التوحـد ، واضطراب التواصل ، أو اضطراب التعلم المحدد ، ويبدو أنها تزيد مـن خطـر فقـدان التواصل الاجتماعي (الواقعي) .

التشخيص التفاضلي :

اضطراب طيف التوحد : يـشير اضـطراب طيـف التوحـد إلى الاعتبـار الأسـاس لتشخيص الأفراد ممن يعانون من عجز التواصل الاجتمـاعى . كمـا أن اثـنين مـن تلـك الاضطرابات التى يمكن أن تكون متباينة من خلال وجود اضطراب طيف التوحـد المقيـد

لتكرار الأنماط السلوكية ، أو في غياب الأنشطة الاجتماعية (الواقعية) واضطراب الاتصالات .

وقد يتعرض الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد المقيد بتكرار الأنماط السلوكية ، والمصالح ، والأنشطة في أوائل فترة نمو هذا الاضطراب .

ولا يحول غياب تلك الأعراض دون تشخيص اضطراب طيف التوحد ، حتى إذا كان مقيداً بالسلوكيات المتكررة الحاضرة . وعند تشخيص العوامل الاجتماعية (الواقعية) ينبغي النظر في اضطراب التواصل إلا إذا كان التاريخ التنموي يكشف عن الحصول عن أي دليل على تقييد الأنماط السلوكية وتكرارها ، سواء فى المصالح ، أو الأنشطة .

اضطراب نقص الانتباه : العجز الأساس منه ADHD قد يسبب عاهات في التواصل الاجتماعى والقيود الوظيفية من التواصل الفعال والمشاركة الاجتماعية ، أو التحصيل الدراسي .

اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الإجتماعى) : أعراض اضطراب التواصل الاجتماعى تتداخل مع اضطراب القلق الاجتماعى . والميزة الأساس له هى التفريق فى توقيت بداية ظهور الأعراض / مع ضعف التفاعل الاجتماعي (براجماتية / نفعية) ومع اضطراب التواصل .

والفرد لم يكن لا يستطيع التواصل الاجتماعى الفعال ؛ في ظل وجود اضطراب القلق الاجتماعى ، والتواصل الاجتماعى ، مع استخدام المهارات المتقدمة بشكل مناسب ، ولكن لا يتم استخدامها بسبب القلق ، والخوف ، أو استغاثة حول التفاعلات الاجتماعية .

الإعاقة الذهانية (إضطراب النمو الفكري) وتأخر معدلات النمو العالمي :

قد تكون مهارات التواصل الاجتماعى ناقصة بين الأفراد مع معايير النمو العالمي، والذى لم يعط تأخير أو إعاقة ذهانية ، ولكن التشخيص المنفصل لا يبدو أكثر وجاهة / إلا إذا أصبح عجز التواصل الاجتماعى أوضح بشكل يزيد من القيود الفكرية .

إضطراب الاتصالات غير المحددة (F80.9) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للاتصال الفوضوى الذى يسبب الضيق السريرى الهام ، أو ضعف في التواصل الاجتماعي والمهني ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء (تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة) للاضطراب أو لأي من تشخيص طبقة الاضطرابات العصبية النمائية .

اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder :

معايير التشخيص (F84.0) :

A. العجز الثابت في التواصل الاجتماعى والتفاعل الاجتماعى عبر سياقات متعددة ، كما تتجلى من خلال ما يلي ، حاليا أو من قبل تاريخ حدوثها (أمثلة توضيحية ، ليست شاملة) كما يلى : -

١. العجز في التبادل الاجتماعى والعاطفي ، وتتراوح ، على سبيل المثال : من غير طبيعية / إلى نهج فشل عادي (محادثة ذهابا وإيابا) ؛ إلى انخفاض فى تقاسم المصالح ، والعواطف المؤثرة ، أو عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية .

٢. العجز في التواصل غير اللفظي للسلوكيات المستخدمة في التفاعل الاجتماعى ، بدءاً ، على سبيل المثال : من الاتصال اللفظي وغير اللفظي السيئ ؛ بالإضافة إلى تشوهات في العين ، ولغة الجسد أو العجز في الفهم ، إلى انعدام تام لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي .

٣. العجز في تطوير وصيانة وفهم العلاقات ، وتتراوح على سبيل المثال : بين صعوبات ضبط السلوك المتناسب مع السياقات الاجتماعية المختلفة ؛ إلى صعوبات تقاسم اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات ؛ أو لعدم وجود مصلحة مع أقرانه .

٤. تحديد شدة الحالة : تستند شدة الحالة على ضعف التواصل الاجتماعى المقيد ، نتيجة تكرار أنماط من السلوك .

B. المقيدة : نتيجة أنماط متكررة من السلوك ، والمصالح ، أو الأنشطة وذلك من خلال الوضع الحالى / أو السابق من اثنين على الأقل من التالي ، (أمثلة توضيحية وليست شاملة) : -

١. حركات نمطية متكررة أو حركية ، واستخدام الأشياء ، أو الكلام (على سبيل المثال : بسيط نمطي حركي ، يصطفون للعب أو التقليب فى الأشياء ، أو لفظى صدوي ، أو غرابة العبارات) .
٢. الإصرار على التماثل ، والالتزام غير المرن فى الإجراءات ، أو فى أنماط شكلية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلا ، الضيق الشديد في التغييرات الصغيرة ، والصعوبات مع التحولات ، وأنماط التفكير الجامدة ، وبحاجة إلى اتخاذ نفس الطريق ، أو تناول نفس الطعام كل يوم) .
٣. قيود شديدة ، ومصالح تركز اهتمامها غير الطبيعي على كثافة أو التركيز (على سبيل المثال : الارتباط القوي أو الانشغال مع كائنات غير عادية ، مقيدة بشكل مفرط) .
٤. فرط النشاط Hyporeactivity ويشير إلى المدخلات الحسية أو مصلحة غير عادية في الجوانب الحسية من البيئة (على سبيل المثال : عدم اكتراث واضح للألم مع درجة الحرارة ، والاستجابة السلبية للأصوات المحددة) .

تحديد مستوى شدة الحالات :

تستند درجة الشدة على ضعف التواصل الاجتماعى وتكرار أنماط من السلوك ، ووفقاً للمعيار C . يجب أن تكون الأعراض موجودة في فترة النمو المبكر (ولكن قد لا تصبح واضحة تماما حتى فى المطالب الاجتماعية التى تفوق قدرات محدودة ، أو قد تكون من قبل اتخاذ استراتيجيات تعلم في الحياة في وقت لاحق) .

وقد تسبب الأعراض ضعف سريرى هام في المظاهر الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المهمة فى مجالات الأداء الحالي ، ولا تُشخص هذه الاضطرابات - بشكل أفضل - من خلال الإعاقة الفكرية (التنموية الفكرية اضطراب) أو تأخر في النمو المعيارى العالمى .

وتترافق الإعاقة الذهانية / مع اضطراب التوحد في كثير من الأحيان لجعل التشخيصات المرضية من اضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهانية متقاربة ، كما ينبغى التركيز على درجة التواصل الاجتماعى عند اتخاذ التشخيص المحدد .

ملاحظة : يشخص اضطراب التوحد ، لدى الأفراد فى الدليل الرابع DSM-IV بمتلازمة اسبرجر وينبغي تشخيص الاضطراب بدقة ، أو باضطراب النمو المتفشي ، والذى لا ينص على خلاف ذلك في تشخيص اضطراب طيف التوحد . أما الأفراد الذين وضعت علامة عجز في مظاهر التواصل الاجتماعي ، والذي لا يفى بمعايير لقاء أعراض اضطراب طيف التوحد ، وينبغي تقييم المظاهر الاجتماعية (براجماتية) اضطراب التواصل ، مع تحديد ما إذا مع أو بدون ضعف العوامل مع أو بدون مصاحبة ضعف اللغة المرتبطة بحالة وراثية أو عوامل بيئية (ملاحظة الترميز : تستخدام تعليمات برمجية إضافية لتحديد الحالة الطبية أو الوراثية المرتبطة بها) .

كما يرتبط النمو العصبي بالاضطراب السلوكي (ملاحظة الترميز : تستخدام تعليمات برمجية إضافية لتحديد الحالة النمائية العصبية المرتبطة بها) .

الاضطراب العقلي أو السلوكي : مع جامود (يرجى الرجوع إلى معايير الجامود المرتبط باضطراب عقلي آخر (ملاحظة الترميز : استخدام تعليمات برمجية إضافية [F06.1] الجمود المرتبط باضطراب طيف التوحد ، والذى يشير إلى وجود حالة مرضية) .

إجراءات التسجيل :

يرتبط اضطراب طيف التوحد مع حالة طبية أو وراثية معروفة / أو بالعامل البيئي ، أو مع اضطراب النمو العصبي والعقلي ، أو اضطراب سلوكي آخر ، ويرتبط سجل اضطراب طيف التوحد (بشروط حدوث الاضطراب) (على سبيل المثال : اضطراب طيف التوحد المرتبط بمتلازمة ريت) .

ويجب أن تكون مستوى الشدة كما هى مسجلة لدعم المستوى اللازم لكل اثنين من المجالات في Psychopathological (على سبيل المثال : " تتطلب دعما كبيرا جدا لتلافى العجز في التواصل الاجتماعى والذى يتطلب دعما كبيرا لتقييد السلوكيات المتكررة") .

المواصفات : " مع ضعف المرفقات الفكرية " أو" بدون قصور فكري " ، ويجب أن تسجل مواصفات ضعف اللغة بعد ذلك . وإذا كان هناك ضعف فى اللغة المصاحبة لها على المستوى الحالي للأداء اللفظي ، عندها ينبغي تسجيل (على سبيل المثال " ضعف

واضح مع العوامل ، مع عدم وجود لغة خطاب " أو عبارة " اللغة المرفقة مع خطاب ضعيف ") ، وإذا هو جامود هو الحاضر ، - سجل كتشخيص - على حدة جامود مرتبطة باضطراب طيف التوحد .

اضطراب التفكك واضطراب إسبرجر

، Disintegration and Asperger's disorder

يتميز اضطراب التفكك واضطراب إسبرجر بضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعى المحدد في المعيار A المستمرة .

أما التشخيص الأكثر صحة وموثوقية ، فيستند على عدة مصادر للمعلومات ، بما في ذلك ملاحظات الطبيب ، والتاريخ الرعاية .

العجز اللفظي وغير اللفظي في التواصل الاجتماعى والذى تتفاوت مظاهره ، ويتوقف ذلك على عمر الفرد ، المستوى الفكري ، والقدرة اللغوية ، فضلا عن عوامل أخرى مثل تاريخ العلاج والدعم الحالي .

كما العديد من الأفراد تعاني من عجز اللغة ، بدءا من انعدام تام للغة الخطاب من خلال تأخير اللغة ، أو ندرة فهم الكلام ، وترديد الكلام ، أو اللغة الطنان الحرفي بشكل مفرط ، وإفتقاد مهارات اللغة الرسمية (على سبيل المثال : المفردات ، والنحو) وضعف التواصل الاجتماعى المترافق مع اضطراب طيف التوحد .

العجز في التبادل الاجتماعى والعاطفي (أي ضعف القدرة على التعامل مع الآخرين وتبادل الأفكار والمشاعر) والواضحة في الأطفال الصغار المصابين بهذا الاضطراب الذين قد يظهروا بداية ضئيلة أو معدومة من التفاعل الاجتماعى ، وذلك جنبا إلى جنب مع انخفاض التقليد الغائب لسلوك الآخرين .

وفي كثير من الأحيان ، يفتقر الفرد اللغة التي يجب التعامل بها وفقاً للمعايير الاجتماعية السائدة ، كما قد يتم تأخر اللغة لدى البالغين الأسوياء أو العجز في التعامل بالمثل فى المجالات الاجتماعية والعاطفية ، والتى قد تكون أكثر وضوحا في معالجة الصعوبات والاستجابة للمنبهات الاجتماعية المعقدة (على سبيل المثال : متى وكيف ينضم إلى المحادثة ، وما يقوله / وما لا يقوله) . وقد لا يطور البالغين استراتيجيات

التعويض عن بعض التحديات الاجتماعية التي لا تزال في حالات الصراع ، كما تبين أن هؤلاء الأفراد يعانون من الجهد والقلق الاجتماعى البديهي مع معظم الأفراد .

يتجلى العجز في التواصل غير اللفظي فى السلوكيات المستخدمة في التفاعل الاجتماعى عن طريق الخفض غير النمطي للاتصال بالعين (نسبة إلى المعايير الثقافية) ، والإيماءات ، تعابير الوجه ، وتوجه الجسم ، أو تجويد الكلام .

أما الميزة الأساس التى تتم في وقت مبكر لمرض التوحد فهو ضعف الاهتمام المشترك باضطراب الطيف ، كما يتضح مع عدم التمكن من جلب أشياء (بلغة التواصل) لتبادل المصالح مع الآخرين ، أو عدم اتباع آليات الإتصال مثل نظرة العين .

وقد يتعلم هؤلاء الأفراد بعض الإيماءات الوظيفية ، إلا أن ذخيرتهم تظل أصغر من الآخرين ، وهم كثيراً ما يفشلوا في استخدام الإيماءات التعبيرية بشكل عفوي في مجال الاتصالات الاجتماعية .

أما بين البالغين الذين يعانون من صعوبات طلاقة اللغة ، وصعوبة في التنسيق غير اللفظي للتواصل مع الكلام ، والذى قد ُيعطي انطباعا غريبا ، وخشبية (جمود) ، أو مبالغة في " لغة الجسد " من خلال التفاعلات . وقد يكون الضعف خفيفاً نسبيا داخل الفرد وسائط (على سبيل المثال : قد يكون تواصل الشخص بالعين جيداً نسبيا عند الحديث) ولكن يلاحظ في سوء التكامل بالاتصال بالعين ، أو اللفتة ، أو ضعية الجسم ، أو مع ضعفٌ تعبيرات الوجه للتواصل الاجتماعى .

ويمكن أن يطور هذا العجز في صيانة وفهم العلاقات / ضد معايير العمر والجنس والثقافة ، وقد يصاحب ذلك غياب ، أو انخفاض شاذ فى تلبية المصالح الاجتماعية ، والذي يتجلى من خلال رفض السلبي للآخرين ، أو النهج غير مناسب الذى قد يتضح بصورة عدوانية أو تخريبية .

كما تتضح هذه الصعوبات لا سيما في الأطفال الصغار ، ومع من هم - في كثير من الأحيان - يظهرون نقص في اللعب الخيالى الاجتماعى المشترك (على سبيل المثال : العمر المناسب مرونة اللعب) ، وبعد تلك المرحلة العمرية يتم ممارسة الألعاب وفقاً لقواعد ثابتة جدا . قد يواجه الأفراد الأكبر سنا صعوبات لفهم ما معايير السلوك المناسب في حالة واحدة ولكن ليس فى كل الحالات (على سبيل المثال : السلوك العارض

أثناء عمل مقابلة العمل) ، أو مختلف الطرق التي يمكن أن تستخدم لغة التواصل (على سبيل المثال : السخرية ، الكذب الأبيض) . وقد يكون هناك تفضيل واضح للأنشطة الانفرادية أو للتفاعل مع الأصغر سناً من ذلك بكثير أو مع أكبر الناس .

وفي كثير من الأحيان ، هناك رغبة في إقامة صداقات كاملة أو واقعية دون ما يستتبع ذلك الصداقة (على سبيل المثال : الصداقات من جانب واحد ، أو الصداقات التى تستند فقط على المصالح الخاصة المشتركة) .

ويعرف اضطراب طيف التوحد أيضاً بالاضطراب المقيد بناءً على أنماط متكررة من المصالح ، أو الأنشطة (على النحو المحدد في المعيار (B) ، والتي تظهر مجموعة من المظاهر وفقا للسن والقدرة ، والتدخل ، والدعم الحالي) .

أما النمطية المتكررة فتشمل السلوكيات النمطية البسيطة (على سبيل المثال : ومن ناحية الخفقان) ، والسلوكيات المتكررة (على سبيل المثال : مع القطع النقدية ، والاصطفاف للعب) ، والكلام المتكرر (على سبيل المثال : اللفظ الصدوي ، وترديد متأخر / أو فوري من الكلمات التى سمعها ، واستخدام "أنت" عند الإشارة إلى الذات ، والاستخدام النمطي من الكلمات والعبارات ، أو أنماط Prosodic) .

مع الالتزام المفرط للإجراءات وأنماط محدودة من السلوك الذى قد يكون واضحا في مقاومة التغيير (على سبيل المثال : استغاثة فيما يبدو مع التغييرات الصغيرة ؛ الإصرار على الالتزام بقواعد ؛ وجمود التفكير) أو أنماط شكلية من السلوك اللفظي أو غير اللفظي (على سبيل المثال : الاستجواب المتكرر، التسرع) .

مع قيود شديدة ، للمصالح التى تركز اهتمامها في اضطراب طيف التوحد ، والتي تميل إلى أن تكون غير طبيعية في كثافتها أو فى درجة التركيز (على سبيل المثال : انشغال الطفل مع المكانس الكهربائية ، وقضاء ساعات مع كتابة جداول زمنية) .

قد يفتتن بالروتين والذى قد يصل إلى الإفراط فى النشاط الظاهر Hyporeactivity ، والذي قد يتجلى من خلال استجابات بالغة محددة من الأصوات أو القوام ، أو الرائحة المفرطة أو لمس الأشياء ، والانبهار بالأضواء ، واللامبالاة الواضحة أحيانا مع الألم ، والحرارة أو البرد . مع ردود فعل أو الطقوس متطرفة ،

والتي تنطوي على الطعم والرائحة ، والملمس ، أو مظهر عام من الإفراط في الطعام ، مع القيود الشائعة التي يمكن أن تكون ميزة لعرض من اضطراب طيف التوحد .

كما أن العديد من البالغين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد / دون إعاقة ذهانية ، قد تكون المصالح الخاصة مصدراً للمتعة والتحفيز ، وتوفير سبل التعليم والتوظيف في وقت لاحق في الحياة . وقد تلتقى معايير التشخيص بمحدودية الأنماط السلوكية وتكرارها ، وبالمصالح ، أو بالأنشطة الحالية بشكل واضح خلال مرحلة الطفولة أو في وقت ما في من الماضي ، حتى لو كانت الأعراض لم تعد موجودة .

ويتطلب المعيار (D) أن ميزات يجب أن يسبب ضعف هامة سريريا في المجالات الاجتماعية ، والمهنية الهامة ، أو غيرها من الأداء الحالي .

كما يحدد المعيار (E) عجز التواصل الاجتماعى ، وذلك على الرغم من ارتباطه أحيانا بالإعاقة الذهانية (اضطراب النمو الفكري) ، والذى لا يتماشى مع نمو الفرد ، أو مع مستوى العاهات التى تتجاوز الصعوبات المتوقعة على أساس المستوى التنموي .

تتنوع أدوات التشخيص السلوكي الموحدة ، والتى منها الاختبارات السيكومترية الجيدة ، بما في ذلك الاستبيانات ، والمقابلات وتدابير المراقبة الطبية المتاحة ، ويمكن تحسين موثوقية التشخيص على مر الزمن وعبر الأطباء .

أما الخصائص المرتبطة بدعم تشخيص العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ، من الذين لديهم أيضاً قصور فكري أو ضعف فى اللغة (على سبيل المثال : وبطء الكلام ، وسؤ الإنتاج اللغوى) . حتى لأولئك الذين لديهم ذكاء متوسط أو مرتفع ، إلا أنهم قد يكون لديهم تشكيل جانبي غير المتكافئ من القدرات .

وغالباً ما تكون الفجوة بين المهارات الفنية والفكرية على التكيف ما تكون كبيرة ، كما غالباً ما يكون العجز الحركي موجوداً ، بما في ذلك المشية الغريبة ، الحماقات ، وعلامات أخرى غير طبيعية (على سبيل المثال : المشي على أطراف أصابعه) . Selfinjury (على سبيل المثال : يحدث ضجيجا رئيسياً ، وعض اليد) وقد يحدث سلوكيات تخريبية صعبة ، وهي أكثر شيوعا في الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد عنه من الاضطرابات الأخرى ، بما في ذلك الإعاقة

الفكرية ، أما المراهقين والبالغين الذين يعانون من طيف اضطراب التوحد ، فهم عُرضة للقلق والاكتئاب .

أما السلوك الحركي (مثل التباطؤ و" التجميد " عند منتصف العمل) ، ولكن هذه هي عادة لا تمثل حجم من حلقة الشلل (جمود) . ومع ذلك ، فمن الممكن للأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد تجربة التدهور الملحوظ في الأعراض الحركية ، وعرض الشلل (الجمود) بالكامل ضمن حلقة من أعراض مثل الخرس ، ومواقف ، مقتطبة . مع فترة خطر التعرض لجامود مرضي خاصة في سنوات المراهقة .

معدل الانتشار :

في السنوات الأخيرة ، أسفرت نسب اضطراب طيف التوحد في جميع أنحاء الولايات المتحدة وغيرها إلى (١ ٪ من السكان) مع تقديرات مماثلة في الأطفال وعينات الكبار، ويبقى من غير الواضح ما إذا كان ارتفاع تلك المعدلات تعكس التوسع في معايير تشخيص الدليل الرابع DSM-IV وتشمل الحالات دون العتبية (تحت الحدود التشخيصية) ، زيادة الوعي ، والاختلافات في منهجية الدراسة ، أو زيادة حقيقية في وتيرة اضطراب طيف التوحد .

دورة النمو :

تجدر الإشارة إلى أن العمر ونمط بداية اضطراب طيف التوحد : وعادة ما تكون الأعراض المصاحبة له يتم التعرف عليها خلال السنة الثانية من الحياة (١٢-٢٤ شهرا من العمر) ولكن يمكن أن ينظر إليها في وقت سابق من ١٢ شهرا إذا تأخر النمو الشديد ، أو ما يلاحظ في وقت لاحق خلال (٢٤ شهرا) من ظهور الأعراض . ويمكن أن يشمل هذا النمط ظهور معلومات حول تأخر النمو المبكر ، أو أي خسائر من المهارات الاجتماعية أو اللغة .

وقد يعطى الآباء أو مقدمي الرعاية تاريخ نسبي عن التدهور السريع في السلوكيات الاجتماعية أو المهارات اللغوية ، وهذا من شأنه أن يحدث بين (١٢ و٢٤ شهرا) من العمر ، والتي يمكن تمييزها عن حالات نادرة من انحدار النمو الذى تحدث بعد لا يقل عن سنتين من التطور الطبيعي (الموصوفة سابقاً فى اضطراب تفكك الطفولة) .

الخصائص السلوكية لاضطراب طيف التوحد تصبح واضحة في وقت الطفولة المبكرة : مع تقديم بعض حالات عدم الاهتمام بالتفاعل الاجتماعى في السنة الأولى من عمر الطفل .

كما يعاني بعض الأطفال من اضطراب طيف التوحد كتجربة للانحدار التنموي ، مع تدهور تدريجي أو سريع نسبيا في السلوكيات الاجتماعية أو استخدام اللغة ، وفي كثير من الأحيان ما تحدث خلال السنوات الأولى من الحياة خسائر في الاضطرابات الأخرى وربما يكون من المفيد " رفع الراية الحمراء " لاضطراب طيف التوحد .

والأكثرمن ذلك اتخاذ التشخيص الطبي أكثر اتساعا حتى يتجنبوا مشاكل اتصالات المهارات الاجتماعية (على سبيل المثال : فقدان الرعاية الذاتية ، المرحاض ، المهارات الحركية) أو تلك التي تحدث بعد ميلاد الطفل الثاني (انظر أيضاً متلازمة ريت في قسم " التشخيص التفريقي" لهذا إضطراب) .

أما الأعراض الأولى لمرض اضطراب طيف التوحد ، فكثيراً ما ينطوي على تطوير تأخير اللغة ، وكثيراً ما يكون مصحوبا بعدم الاهتمام الاجتماعى أو بالتفاعلات الاجتماعية غير العادية (على سبيل المثال : الأفراح ، المناسبات العائلية) ، وأنماط اللعب الغريب (على سبيل المثال : يلعب حولهم / ولكن لا يلعب معهم) ، وأنماط الاتصالات غير العادية (على سبيل المثال : مع تعلم الأبجدية) . قد يصادف السلوكيات الغريبة المتكررة ، وغياب اللعب النموذجي الأكثر وضوحا .

وعادة ما يكون الأطفال فى العديد من البلدان النامية ما يكون لديهم تفضيلات قوية تتصف بالتكرار (على سبيل المثال : تناول الأطعمة نفسها ، مشاهدة الفيديو نفسه عدة مرات) ، مع التمييز السلوكي المقيد والمتكرر ، والذى يمكن تشخيصه من اضطراب طيف التوحد ، والذى يمكن أن يكون صعبا في مرحلة ما قبل المدرسة .

ويستند التمييز السريري على نوع ، من التردد ، وشدة السلوك (على سبيل المثال : الطفل الذي يصل الخطوط يوميا لساعات طويلة ، ويحزن جداً إذا تم نقل أي بند) . اضطراب طيف التوحد ليس اضطراب تنكيسي ، وغالبا ما تكون الأعراض أكثر وضوحا في الطفولة المبكرة ، أو مع المدرسة في سنوات مبكرة ، مع مكاسب تنموية نموذجية في مرحلة الطفولة في وقت لاحق على الأقل (على سبيل المثال : زيادة الاهتمام

في التفاعل الاجتماعي) . وهناك نسبة صغيرة من الأفراد قد يتدهوروا سلوكيا خلال فترة المراهقة ، في حين أن معظم الآخرين يحدث لهم تحسن ملحوظ .

أما الأقلية من الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ، مع العيش والعمل بشكل مستقل في مرحلة البلوغ ، فأولئك لا يميلون إلى أن يكونوا متفوقين لغوياً ، أو في تنمية قدراتهم الفكرية ، ولا هم قادرين على إيجاد مكانة تطابق مهاراتهم ، ومصالحهم الخاصة .

وبشكل عام ، فإن الأفراد مع انخفاض مستويات الضعف قد يكونوا أفضل في القدرة على العمل بشكل مستقل . ومع ذلك ، وحتى هؤلاء الأفراد قد يظلوا ساذجين اجتماعيا ، ويعانون من صعوبات تنظيم مطالب العملية التعليمية دون مساعدة ، ويكونوا أكثر عرضة للقلق والاكتئاب .

وقد أفاد كثير من البالغين باستخدام استراتيجيات التعويض وآليات التصدي لإخفاء ما بهم من صعوبات في العلن ، ولكنهم يعانون من الضغط والجهد في الحفاظ على القبول الاجتماعي .

ويأتي بعض الأفراد للتشخيص الأولي في مرحلة البلوغ ، وربما يتم عن طريق التشخيص ، كشف مرض التوحد في الأطفال ، مما قد يؤثر الأسرة على انهيار العلاقات في العمل أو المنزل .

وينبغي الحصول على التاريخ التنموي المفصل في مثل هذه الحالات ، ووفقاً لما تشير إليه الملاحظة السريرية التي يتم استيفاء معاييرها بدقة ، ويمكن تشخيص اضطراب طيف التوحد ، شريطة أن يكون هناك أي دليل على حسن الرعاية الاجتماعية والاتصالات والمهارات في مرحلة الطفولة . وعلى سبيل المثال : فإن تقرير (من قبل الوالدين أو قريب آخر) هام خاصة إذا كان لدى الفرد صداقات متبادلة عادية ومستمرة طوال مرحلة الطفولة ، وقد يستبعد مع التشخيص اضطراب طيف التوحد .

السلوكيات التي تحدد اضطراب طيف التوحد واضحة في الفترة التنموية : في الحياة في وقت لاحق ، عبر التدخل أو التعويض ، فضلا عن الدعم الحالي ، وقد تختفي هذه الصعوبات في بعض السياقات على الأقل .

ومع ذلك ، لا تزال تلك الصعوبات كافية لتسبب الأعراض الحالية ، والانخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من أداء المخاطر الهامة ،

أو العوامل المنذرة ضمن طيف اضطراب التوحد وذك فى (وجود / أو عدم وجود) الإعاقة الذهانية المرتبط بها ضعف اللغة (وعلى سبيل المثال : وظيفية اللغة حسب عمر (٥ سنوات) كعلامة منذرة) وإضافية لمشاكل الصحة العقلية ، مثل : الصرع ، والتشخيص المرضي ، والذى يرتبط بزيادة العجز الفكري ، مع قدرة لفظية أقل .

البيئية : وتشمل مجموعة متنوعة من عوامل الخطر غير المحددة ، مثل سن الوالدين المتقدم ، وانخفاض الوزن عند الولادة ، أو تعرض الجنين لفالبروات valproate[١] ، وقد تسهم في خطر اضطراب طيف التوحد .

الجينية والفسيولوجية : تقديرات التوريث لدي اضطراب طيف التوحد تراوحت بين ٣٧ ٪ إلى أعلى من ٩٠٪ ، على أساس معدلات التوافق بين التوائم . كما تظهر العديد من حالات اضطراب طيف التوحد حوالى (١٥ ٪) لتترافق مع الطفرة الوراثية المعروفة ، مع نسخة مختلفة من عدد المتغيرات أو الطفرات المحددة للجينات المرتبطة بالإضطراب في عائلات مختلفة . ومع ذلك ، وحتى عندما يرتبط التوحد باضطراب الطيف مع طفرة جينية معروفة ، فإنه قد لا يتوغل بالكامل . ويبدو أن الجينات ، وربما مئات من مواضع الوراثة تقدم مساهمات صغيرة نسبيا .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية : توجد اختلافات في المعايير الثقافية للتفاعل الاجتماعى ، والتواصل غير اللفظي ، والعلاقات ، ولكن الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يعانون من ضعف ملحوظ فى قواعد السياق الثقافي .

وقد تؤثر العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والعمر، عند التشخيص ، على سبيل المثال : في الولايات المتحدة ، وقد يحدث اضطراب طيف التوحد بين الأطفال الأمريكيين من أصل أفريقي .

---

(١) يعمل دواء فالبروات valproate الصوديوم كعلاج لحالات نوبات الصرع أو الاختلاجات في الدماغ عن طريق زيادة توفر مادة حمض غاما أمينو- بيوتريك، والتي تساعد على منع تكوين النوبات ،ويتم استعمال فالبروات الصوديوم غالبا مع أدوية أخرى لعلاج داء الصرع (Epilepsy) بعد فشل العلاجات الأخرى .

أما تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين / فيتم تشخيص اضطراب طيف التوحد بعدد أربع مرات أكثر في الذكور / عنه لدى الإناث . وهو ما لوحظ في عينات العيادة ، حيث تميل الإناث إلى أن تكون أكثر عرضة لإظهار الإعاقة الفكرية المصاحبة لها .

العواقب الوظيفية من اضطراب طيف التوحد :

يعانى الأطفال الصغار من اضطراب طيف التوحد ، والافتقار إلى القدرات الاجتماعية والتواصل الذى قد يعوق عملية التعلم ، وخاصة من خلال التفاعل الاجتماعى أو في إعدادات مع أقرانهم ، أو في المنزل ، وقد يتداخل الإصرار على الروتين والنفور من التغيير ، مع الأكل والنوم ، ومع الرعاية الروتينية (على سبيل المثال : حلاقة الشعر ، وتنظيف الأسنان) .

أما قياس مهارات التكيف فعادة ما تكون أقل من معدل الذكاء ، كما تؤثر الصعوبات في التخطيط ، والتنظيم ، والتعامل مع التغيير / سلباً على التحصيل الدراسي ، حتى بالنسبة للطلاب الأعلى فى المتوسط الذكاء . وخلال مرحلة البلوغ ، قد يكون يعانى هؤلاء الأفراد صعوبات في توفير الاستقلال الذاتى لديهم .

أما العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ، حتى من دون إعاقة ذهانية ، لديهم سوء سير نفسي كما فهرستها تقارير مستقلة للكبار فى المعيشة والعمل المربح .

أما العواقب الوظيفية التى تحدث في سن الشيخوخة فهى غير معروفة ، ولكن الظاهر هى المشاكل الاجتماعية مثل العزلة والتواصل الاجتماعى (على سبيل المثال : ضعف طلب المساعدة) ومن المحتمل أن تكون عى رأسها العواقب الصحية لكبار السن .

التشخيص التفاضلي :

متلازمة ريت : ويمكن ملاحظتها من خلال إختلال التفاعل الاجتماعى خلال مرحلة من مراحل متلازمة ريت (عادة ما بين ١-٤ سنوات من العمر) ، وبالتالي فإن نسبة كبيرة قد تلبي الفتيات أثر على العرض التقديمي وفقاً للمعايير التشخيصية لمرض التوحد واضطراب الطيف . ومع ذلك ، وبعد هذه الفترة ، فإن معظم الأفراد الذين يعانون من متلازمة ريت قد يحسنوا من مهارات التواصل الاجتماعى ، وبالتالي ، ينبغي الأخذ باضطراب طيف التوحد فقط عندما يتم استيفاء جميع معايير التشخيص .

الخرس الإنتقائي : لا يتم عادة الانزعاج من الخرس الانتقائي في وقت مبكر من عمر الطفل ، وعادة ما يسلك الطفل المصاب مهارات الاتصال المناسبة في سياقات وإعدادات معينة . حتى في الأماكن التي يكون فيها الطفل أبكم ، ولا يعاني من ضعف القيمة الاجتماعية التبادلية ، ولا تقتصر سلوكياته على أنماط متكررة من السلوك الحالي .

إضطرابات اللغة والاجتماعية (واقعية) اضطراب الاتصالات : في بعض أشكال اضطراب اللغة ، قد تكون هناك مشاكل فى الاتصالات وبعض صعوبات العوامل اجتماعية الثانوية . ومع ذلك ، لا يرتبط اضطراب لغة معينة عادة مع التواصل غير اللفظي ، ولا مع وجود محدود لأنماط متكررة من السلوكيات والأنشطة .

وقد يظهر الفرد ضعف في التواصل الاجتماعى والتفاعلات الاجتماعية ولكن إذا لم يظهر سلوك المصالح المحدودة والمتكررة / فيتم الأخذ بالمعايير الاجتماعية (الواقعية) لاضطراب التواصل ، وذلك بدلاً من اضطراب طيف التوحد والذى يمكن الوفاء به .

ويحل بالتالى تشخيص اضطراب طيف التوحد محل اضطراب الاتصالات الاجتماعية (براجماتية / النفعية) الاتصالات / متى توافرت معايير اضطراب طيف التوحد ، والذى يجب أن يؤخذ بعناية للاستفسار بشأن الماضي المقيد للسلوك المتكرر الحالي .

الإعاقة الذهانية (إضطراب النمو الفكري) دون اضطراب طيف التوحد : الإعاقة الفكرية دون اضطراب طيف التوحد قد يكون من الصعب تفريقها عن اضطراب طيف التوحد عند الأطفال الصغار جدا .

أما الأفراد - مع الإعاقة الفكرية - الذين لم يطوروا اللغة أو المهارات الرمزية أيضاً ، فيتم تقديم التشخيص التفريقي لهم ، منذ بداية السلوك المتكرر .

وغالبا ما يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد في الفرد مع العجز الفكرية ، عند حدوث الاتصال والتفاعل الاجتماعى ، وذلك لمن يعانون من ضعف تنموى كبير بالنسبة لمستوى المهارات غير اللفظية للفرد (على سبيل المثال : نقص المهارات الحركية ، وصعوبة حل مشكلة غير لفظية) .

وفي المقابل ، فإن تشخيص الإعاقة الفكرية المناسب ، لا يجب أن يتم عندما لا يكون هناك تناقض واضح بين مستوى مهارات التواصل الاجتماعي / وبين المهارات الفكرية الأخرى .

اضطراب الحركة النمطية : النمطية الحركية هي من بين الخصائص التشخيصية لاضطراب طيف التوحد ، لذلك فإن التشخيص الإضافية من الحركة النمطية / لا يعطى للاضطراب عندما يتم شرح هذه السلوكيات المتكررة بشكل أفضل ، وذلك من خلال وجود اضطراب طيف التوحد . ومع ذلك ، عندما تسود اضطراب الحركة النمطية ، والتي قد تسبب إصابات ذاتية للفرد ، ما يدفع للتركيز مباشرة على العلاج .

اضطراب نقص الانتباه :

شذوذ الانتباه (يركز بشكل مفرط / أو يتصرف بسهولة) وهو شائع لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ، مع فرط النشاط . وينبغي أن يكون الأخذ بتشخيص اضطراب الانتباه (ADHD) في الاعتبار عند رصد مظاهر صعوبات الانتباه ، وفرط النشاط والذى يتجاوز عادة العمر العقلي للأفراد .

الفصام : عادة ما يتطور الفصام مع بداية مرحلة الطفولة بعد فترة طبيعية ، أو شبه طبيعية / إلى حالة مرضية ، والذى يمكن الخلط بينه وبين العجز الاجتماعى ، وينظر في أعراض اضطراب طيف التوحد : بالهلوسة والأوهام ، والتي تحدد ملامح الفصام ، إلا أنها لا تُعزى إلى ملامح اضطراب طيف التوحد . ومع ذلك ، يجب أن يأخذ الأطباء في الاعتبار احتمال الأفراد مع طيف التوحد اضطراب ملموساً في تفسيرهم للأسئلة بخصوص الملامح الرئيسة لانفصام الشخصية (على سبيل المثال : يسمع أصواتا عندما لا يوجد أحد هناك ؟ .

الاعتلال المشترك :

كثيراً ما يرتبط اضطراب طيف التوحد مع انخفاض القيمة الفكرية والهيكلية لاضطراب اللغة (أي عدم القدرة على فهم وبناء الأحكام النحوية المناسبة) ، وتجدر الإشارة بالرجوع إلى المحددات ذات الصلة عند الاقتضاء .

كما أن العديد من الأفراد - مع اضطراب طيف التوحد - لديهم أعراض النفسية ، لكن لا تشكل جزءاً من المعايير التشخيصية للاضطراب (حوالي ٧٠ ٪ من

الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد قد يكون لديهم اضطراب عقلي مرضي واحد ، و٤٠ ٪ قد يكون مع اثنين أو أكثر من الاضطرابات المرضية النفسية) .

وعندما يتم استيفاء المعايير لكل من اضطراب الانتباه ADHD ومرض اضطراب طيف التوحد ، على حد سواء / فينبغي معها إيلاء (ترك) التشخيصات .

وينطبق هذا المبدأ نفسه على تشخيص مرض التوحد المتزامن مع اضطراب الطيف واضطراب التنسيق التنموي ، واضطرابات القلق ، واضطرابات الاكتئاب ، والتشخيصات المرضية الأخرى ، وذلك لدى الأفراد الذين يعانون من عجز اللغة ، وعلامات يمكن ملاحظتها مثل التغيرات في النوم أو الأكل وزيادة في سلوكيات التحدي ، والتي ينبغي معها إجراء تقييم للقلق أو الاكتئاب .

وتجدر الإشارة إلى الظروف الطبية المرتبطة عادة مع اضطراب طيف التوحد تحت عنوان " المرتبطة أو حالة طبية أو جينية أو بيئية معروفة مكتسبة ، ومحددة ، والتي تشمل مثل هذه الظروف الطبية للصرع ، ومشاكل النوم ، والإمساك ، وتقييد انطوائية اضطراب تناول الطعام ، كمظهر متكرر إلى حد ما ، والذى قد يستمر مع اضطراب طيف التوحد .

معايير تشخيص اضطراب الانتباه Attention-Deficit أو Hyperactivity :

النمط المستمر من الغفلة أو فرط النشاط ، والاندفاع قد يتداخل مع عمل أو تطوير اضطراب ألانتباه ، كما يتميز بـ (١) أو (٢) : -

١. الغفلة : ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية تستمر لمدة (لا تقل عن ٦ أشهر) إلى الدرجة التي لا تنسجم مع المستوى التنموي والتي تؤثر سلبا بصورة مباشرة على الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية .

ملاحظة : لا تمثل الأعراض فقط مظهراً من مظاهر السلوك المعارضة والتحدي والعداء ، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات . للمراهقين الأكبر سنا والبالغين (سن ١٧ وما فوق) ، بل يلزم للتشخيص على الأقل خمسة أعراض مما يلى : -

أ . غالبا ما يفشل في إيلاء اهتمام وثيق للتفاصيل أو يرتكب أخطاء مع الإهمال المدرسي ، في العمل ، أو أثناء الأنشطة الأخرى (على سبيل المثال : يغفل التفاصيل ، مع العمل غير الدقيق) .

ب . كثيراً ما يواجه صعوبة فى الحفاظ على الاهتمام في المهام أو فى أنشطة اللعب (على سبيل المثال : لديه صعوبة فى الاستمرار في التركيز أثناء المحاضرات ، والأحاديث ، أو القراءة الطويلة) .

ج . في كثير من الأحيان لا يبدو أنه يستمع ، عندما يتم الحديث إليه مباشرة (على سبيل المثال : العقل يبدو في مكان آخر ، حتى مع غياب أي الهاء واضح) .

د . في كثير من الأحيان لا يهتم بالتعليمات ويفشل في إنهاء الواجبات المدرسية ، الأعمال المنزلية ، أو الواجبات في مكان العمل (على سبيل المثال : يبدأ مهام ولكن سرعان ما يفقد التركيز وينحرف بسهولة) .

هـ . كثيراً ما يجد صعوبة فى تنظيم المهام والأنشطة (مثل صعوبة إدارة ومتابعة المهام ، مع صعوبة فى حفظ ممتلكاته ؛ فوضوي ، غير منظم فى العمل ؛ لديه سوء إدارة الوقت؛ يفشل في الوفاء بالمواعيد النهائية) .

و . غالبا ما يتجنب ، يكره ، أو غير راغب في الانخراط في المهام التي تتطلب استدامة الجهد العقلي (على سبيل المثال : الأعمال المدرسية أو المنزلية ؛ وحتي للمراهقين الأكبر سنا والبالغين ، وإعداد التقارير والنماذج ، واستكمال مراجعة أوراق طويلة) .

ز . غالباً ما يفقد الأشياء الضرورية للمهام أو أنشطة (على سبيل المثال : المواد المدرسية ، وأقلام الرصاص ، الكتب ، والأدوات ، محافظ ، مفاتيح ، والنظارات والهواتف النقالة) .

ح . وغالبا ما يتصرف بسهولة عن طريق المحفزات الداخلية (للمراهقين الأكبر سنا والبالغين ، ويمكن أن تشمل الأفكار لا علاقة لها) .

ط . غالباً ما يعاني من النسيان في الأنشطة اليومية (على سبيل المثال : القيام بالأعمال ، وتشغيل المهمات؛ لكبار السن المراهقين والبالغين ، ودفع الفواتير ، والحفاظ على المواعيد) .

٢. إذا استمرت ستة (أو أكثر) من الأعراض التالية : فرط النشاط لمدة ٦ أشهر على الأقل لدرجة أنه لا يتفق مع المستوى التنموي (المرحلة العمرية) وهو ما يؤثر سلبا بشكل مباشر على الأنشطة والمهام الاجتماعية والأكاديمية .

ملاحظة : لا تشير الأعراض فقط لمظهر من مظاهر سلوك المعارضة والتحدي والعداء ، أو الفشل في فهم المهام أو التعليمات . للمراهقين الأكبر سنا والبالغين (سن ١٧ وما فوق) ، ويلزم على الأقل خمسة أعراض : -

أ. غالبا ما يتململ مع حركة اليدين أو القدمين أو يتلوى في المقعد .

ب . غالبا ما يترك مقعد في الحالات عندما يتوقع أن يبقى جالساً (على سبيل المثال ، انشغال بالأوراق (له/ أو لها) مكانه في الفصول الدراسية أو في المكتب أو مكان العمل الأخرى ، أو في غيرها من الحالات التي تتطلب البقاء في المكان) .

ج . غالبا ما يدور نحو أو يصعد في الحالات التي يكون من غير اللائق القيام بها .

ملاحظة : في المراهقين أو البالغين ، قد تكون محدودة لشعور لا يهدأ .

د . في كثير من الأحيان غير قادر على اللعب أو المشاركة في الأنشطة الترفيهية بهدوء .

هـ . في كثير من الأحيان "عليه الذهاب" يتصرف كما لو كان "يقود محرك" (على سبيل المثال : غير قادر على أن يكون أو غير مريح ، وكثير الحركة لفترة طويلة ، كما هو الحال في المطاعم ، والاجتماعات ، وقد يشاهد من قبل الآخرين بأنه لا يهدأ أو من الصعب مواكبته) .

و . غالبا ما يتحدث بشكل مفرط .

ز . في كثير من الأحيان يخرج Blurts جوابا قبل أن يتم الانتهاء من سؤاله (على سبيل المثال : يكمل الجمل للناس ، ولا يمكن أن ينتظر لدوره في المحادثة) .

ح . لديه كثير من الأحيان صعوبة في انتظار مثوله بدوره (على سبيل المثال : حين ينتظر في الطابور) .

ط . غالبا ما يقاطع أو يتطفل على الآخرين (على سبيل المثال : في أعقاب المحادثات ، والألعاب ، أو الأنشطة؛ وقد يبدأ في استخدام أشياء الآخرين دون أن يطلب منه ، أو يحصل على إذن ؛ قد يتدخل في تولي أو ما يقوله ويفعله الآخرون) .

B . عادة ما يظهر أعراض تفريط أو اندفاع مفرط قبل سن١٢ عاما .

C . توجد أعراض تفريط أو اندفاع مفرط / في اثنين أو أكثر من الإعدادات (على سبيل المثال : في المنزل ، والمدرسة ، أو العمل ، مع الأصدقاء أو الأقارب ، وفي غيرها من الأنشطة) .

D . وهناك أدلة واضحة على أن أعراض تتداخل مع ، أو تقلل من جودة التفاعلات الاجتماعية ، الأكاديمية ، أو المهنية . فإن أعراضها لا تحدث حصرا أثناء سير الفصام ، أو بسبب آخر ، ولا يتم تفسيره بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال : اضطراب المزاج ، واضطراب القلق ، أو اضطراب فصامي ، واضطراب في الشخصية ، أو نتيجة التسمم من مادة أو الانسحاب) .

تحديد ما إذا كان : -

- ✓ (**F90.2**) العرض جنبا إلى جنب : إذا كان كل من معيار A1 (الغفلة) والمعيار والتقى A2 (فرط النشاط ، الاندفاع) ال ٦ أشهر الماضية .
- ✓ (**F90.0**) العرض اللحن في الغالب : إذا المعيار A1 (الغفلة) والتقى ولكن لم يتحقق المعيار A2 (فرط النشاط ، الاندفاع) ال ٦ أشهر الماضية .
- ✓ (**F90.1**) مفرط في الغالب أو عرض التسرع : إذا المعيار A2 (فرط النشاط ، والتقى الاندفاع) وعدم استيفاء معيار A1 (الغفلة) عن الـ ٦ أشهر الماضية .

تحديد ما إذا : في مغفرة (تعافى) جزئية عندما يتم تلبية المعايير الكاملة سابقا ،أو أقل من المعايير الكاملة والتى استمرت طوال الستة أشهر الماضية ، أما الأعراض التى لا تزال سارية ، فقد تؤدى إلى انخفاض في الأداء الاجتماعى والأكاديمي ، أو المهني .

تحديد شدة الحالة :

إن وجدت ، والأعراض التي تتجاوز تلك المهام المطلوبة لإجراء التشخيص الحاضر ، كما تؤدى الأعراض إلى ما يزيد عن الضعف في المهام الاجتماعية أو المهنية .

المعتدل : تتراوح أعراض الاضطراب الوظيفي بين " معتدل " و" خطير" ، وشديد : كثير من الأعراض التي الحاجة لتشخيصها ، أو مع عدة أعراض قد تؤثر تأثيرا شديدا ، على الحالة ، أو أعراض قد تؤدي إلى انخفاض واضح في الأداء الاجتماعى أو المهني .

الخصائص التشخيصية :

السمة الأساس من سمات اضطراب نقص الانتباه (**ADHD**) هي استمرار نمط من الغفلة أو فرط النشاط ، ، والاندفاع الذي يتداخل مع العمل أو التنمية . يظهر سلوك الغفلة (نقص الإنتباه) ADHD مع افتقاد المثابرة ، كما يواجه صعوبة في الحفاظ على التركيز ، ويمارس مهامه بشكل غير منظم .

ويشير فرط النشاط الحركي المفرط (مثل طفل يركض حول نفسه) وذلك عندما لا يكون ذلك مناسبا ، أو مع التململ المفرط ، والتنصت ، أو الثرثرة لدى البالغين ، وقد يعبر عن فرط النشاط والأرق الشديد .

ويشير الاندفاع إلى اتخاذ إجراءات متسرعة والتي تحدث في لحظة دون تدبر ، وهو ما يمكن أن يلحق الضرر بالفرد (على سبيل المثال : الاندفاع في الشارع دون النظر إلى الطريق) . وقد تعكس رغبة الاندفاع للحصول على مكافآت فورية أو عدم القدرة تأجيل الإشباع .

أما السلوكيات المتهورة فقد تتصل بالتدخل الاجتماعى كما (على سبيل المثال : مقاطعة الآخرين بشكل مفرط) أو اتخاذ القرارات الهامة دون النظر عواقبها على المدى الطويل (على سبيل المثال : الإقدام إلى وظيفة من دون معلومات كافية عنها) .

يبدأ اضطرابـ نقص الانتباه **ADHD** في مرحلة الطفولة : بشرط أن تكون العديد من الأعراض موجودة قبل عمر ١٢ عاما ، والتى تحمل أهمية سريرية كبيرة خلال مرحلة الطفولة . وفي الوقت نفسه ، لم يتم تحديد سن مبكرة لبدايته بسبب صعوبات الحصر الدقيق لدى الأطفال وبأثر رجعي ، ومن تلك الصعوبات : بأنه يجب أن يذكر الكبار عن الأعراض التى صادفوها في مرحلة الطفولة ، والتى تميل إلى أن تكون غير موثوق بها ، لذا من المفيد الحصول على المعلومات الإضافية .

ويجب أن تكون مظاهر الفوضى الحالية شائعة مع أكثر تلك الإعدادات (على سبيل المثال : المنزل والمدرسة ، والعمل) . أما تأكيد الأعراض الكبيرة عبر تلك الإعدادات فعادة لا يمكن أن تجرى بدقة دون استشارة المخبرين (المحيطين به) والذين شاهدوا الفرد أثناء تلك الإعدادات .

وعادة ، ما تختلف الأعراض تبعا للسياق داخل مكان معين ، وقد تشير العلامات إلى اضطراب الحد الأدنى أو علامات غائبة عند الفرد الذى يتلقى المكافآت المتكررة للسلوك المناسب ، تحت إشراف دقيق ، وقد يشارك بصفة خاصة فى الأنشطة المثيرة للاهتمام ، كما إن لديه مؤثر خارجي متناسق (على سبيل المثال : عبر شاشات الإلكترونية) ، أو في حالات التفاعل مع شخص واحد فقط (على سبيل المثال : مكتب الطبيب) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

التأخير في معدل اللغة ، والتنمية الاجتماعية غير محددة مع اضطراب الانتباه ADHD ولكن غالبا ما قد يشمل الخصائص المرتبطة بانخفاض التسامح الإحباط ، والتهيج ، أو عطوبية المزاج حتى في حالة عدم وجود اضطراب التعلم المحدد ، وغالبا ما يُضعف الأداء الأكاديمي أو العمل .

ويرتبط السلوك مع مختلف العمليات المعرفية الكامنة ، كما قد يُحمل الأفراد مع اضطراب نقص الانتباه مشاكل في الإدراك في اختبارات الانتباه ، ومع الوظيفة التنفيذية للمهام ، أو الذاكرة ، وعلى الرغم من أن هذه الاختبارات ليست حساسة بما فيه الكفاية أو محددة لخدمة التشخيص . أما المؤشرات فتظهر في وقت مبكر قبل مرحلة البلوغ ، ويرتبط الاضطراب ADHD مع زيادة خطر محاولة (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، في المقام الأول عندما ترتبط الحالة المرضية مع الحالة المزاجية ، أو مع اضطرابات تعاطي المخدرات .

ولا توجد علامة بيولوجية لتشخيص اضطراب الانتباه ADHD . كمجموعة ، بالمقارنة مع أقرانهم ، كما أن الأطفال مع زيادة الأعراض الناتجة عن رسم الدماغ / وظهور الموجات البطيئة ، وخفض مجموع حجم المخ الناتج عن التصوير بالرنين المغناطيسي ، وربما المصاحب بتأخير نضج الخلفية القشرية .

إلا أن هذه النتائج ليست تشخيصية ، وخاصة في الحالات غير الشائعة حيث أن هناك سبب وراثي معروف (مثل متلازمة X الهشة [1] ، متلازمة الحذف ٢٢ql) ، ويجب أن تكون موجودة حتى يمكن تشخيصها .

---

(١) متلازمة الصبغي س الهش (Fragile X Syndrom) هي نتاج خلل جيني وراثي، وتعتبر أحد أسباب التوحد، وأطياف متعددة من التخلف العقلي .

معدل الانتشار Prevalende :

تشير المسوحات السكانية اضطراب نقص الانتباه ADHD الذى يحدث في معظم الثقافات في حوالي ٥ ٪ من الأطفال وحوالي ٢,٥ ٪ من البالغين .

دورة النمو :

كثيراً ما ينتقل النشاط الحركي المفرط الأولى من الآباء (عامل وراثى) إلا أنه عندما يكون الطفل فى سن صغيرة فإنه لا يتم تشخيصه بصورة دقيقة ، حيث أن الأعراض يصعب تمييزها / عن السلوكيات المعيارية المتغير بدرجة كبيرة قبل سن ٤ سنوات .

وغالبا ما يتم تحديد اضطراب الانتباه ADHD أثناء سنوات المدرسة الابتدائية من (٦-١٢ عام) ، ويصبح عدم الانتباه أكثر بروزا لرصد الإعاقة . وقد يستقر هذا الاضطراب - نسبيا - خلال مرحلة المراهقة المبكرة ، ولكن بعض الأفراد لديهم بطبيعة الحال ، خللاً مع تطوير السلوك المعادي للمجتمع .

ومعظم الأفراد قد يعانون من إعاقة أعراض فرط النشاط الحركي ، وقد تصبح الحالة أقل وضوحا في مرحلة المراهقة والبلوغ ، ولكن تتضح صعوبات مع الأرق ، وعدم الانتباه ، وسوء التخطيط ، والاندفاع .

وهناك نسبة كبيرة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD يظلوا ضعاف نسبيا في مرحلة البلوغ .

أما في مرحلة ما قبل المدرسة ، فالمظهر الرئيس لهم يتمثل فى فرط النشاط ، والغفلة ، والتى قد تصبح أكثر وضوحاً خلال المدرسة الابتدائية . أما خلال فترة المراهقة ، فإن علامات فرط النشاط تشمل (على سبيل المثال : التشغيل الحركى والتسلق) ، والأقل شيوعا يمكن أن يقتصر على التململ أو الشعور الداخلي بالعصبية ، والأرق ، أو نفاد الصبر . / أما في مرحلة البلوغ ، فيستمر جنبا إلى جنب مع الغفلة والأرق ، وقد تبقى إشكالية الاندفاع حتى عندما يتضائل فرط النشاط .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : ويرتبط ADHD مع انخفاض التثبيط السلوكي ، ومراقبة الجهد الكبير Effort ful ، أو تقييد الانفعالية السلبية ، أو التماس الحداثة المرتفعة . وهذه الصفات قد تؤهب لبعض الأطفال التأهل لهذا الاضطراب ADHD ولكنها ليست محددة له .

البيئية : الوزن عند الولادة منخفضة جدا (أقل من ١ ، ٥٠٠ جرام) يسبب من إثنين / إلى ثلاثة أضعاف خطر للإعاقة ، ولكن معظم الأطفال الذين يعانون من انخفاض الوزن عند الولادة لا تتطور ADHD . رغم أنه يرتبط باضطراب ADHD التدخين أثناء الحمل ، وبعض من تلك الأعراض قد تعكس الخطر الجيني الشائع . وهناك أقلية من الحالات قد تكون ذات صلة بردود الفعل ، والمتعلقة بجوانب النظام الغذائي . قد يكون هناك تاريخ من إساءة معاملة الأطفال وإهمالهم ، مما يعرضهم للاضطراب العصبي مثل التعرض (للرصاص) ، والالتهابات (مثل التهاب الدماغ) ، أو التعرض للكحول في الرحم . أو التعرض للسميات البيئية المرتبطة مع اضطراب نقص الانتباه ADHD اللاحق - لكنه من غير المعروف يقيناً - ما إذا كانت تلك المواد هي المسببة لاضطراب الانتباه أم لا .

الجينية والفسيولوجية : ADHD ترتفع نسب الاضطراب فى حالات (الأقارب من الدرجة الأولى) ، وبيولوجياً مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD . والتوريث له دور كبير فى ظهور تلك الحالات من ADHD .

كما لوحظ دور جينات معينة ترتبط مع ADHD ، وقد لا تكون من العوامل الضرورية المسببة للاضطراب ، كما أنها ليست كافية ، كما يتأثر اضطراب نقص الانتباه بكل من : الإعاقة السمعية والبصرية ، وشذوذ التمثيل الغذائي ، واضطرابات النوم ، والأنميا ، وينبغي النظر في الصرع والتأثيرات المحتملة على أعراض ADHD .

ولا يرتبط ADHD مع الخصائص الفيزيائية المحددة ، وذلك على الرغم من وجود معدلات مادية طفيفة للشذوذ (على سبيل المثال : تقوس الحنك ، آذان منخفضة) وقد تكون مرتفعة نسبيا ، وقد يحدث تأخير حركي دقيق وعلامات عصبية أخرى لينة . (ويلاحظ أنها يجب أن تكون مشفرة بصورة ملحوظة ، وتشارك في الحماقات الحركية التي يمكن أن تحدث [على سبيل المثال : اضطراب التنسيق التنموي) .

المعدلات : من غير المرجح أن تسبب أنماط التفاعل داخل الأسرة في مرحلة الطفولة المبكرة على اضطراب نقص ADHD ولكن قد تؤثر على مسارها أو المساهمة في تطوير ثانوي للمشاكل السلوكية .

قضايا التشخيص ثقافية ذات صلة :

تظهر الاختلافات في تباين معدلات انتشار اضطراب نقص الانتباه ADHD عبر المناطق والبلدان المختلفة ، والذى يعزى أساسا إلى مختلف الممارسات التشخيصية والمنهجية . ومع ذلك ، فقد يكون هناك أيضاً عامل التباين الثقافي في المواقف تجاه التفسيرات أو من سلوكيات الأطفال .

أما تحديد الحالة السريرية في الولايات المتحدة الأمريكية ، وأفريقيا ، أما السكان اللاتينيين (من المواطنين المقيمين فى الولايات المتحدة) فيميلوا إلى أن يكونوا أقل من شعوب القوقاز .

وقد تتأثر تصنيفات الأعراض نتيجة للعامل الثقافي ، مما يشير إلى أن الممارسات الملائمة ثقافيا ذات الصلة في تقييم ADHD وتشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين ADHD وهى أكثر شيوعا في الذكور أكثر من الإناث وذلك في عموم السكان ، مع نسبة حوالي ٠٢ : ٠١ في الأطفال والبالغين في ١,٦ : ١.وهي أكثر عرضة للذكور / عنه لدى الإناث .

الآثار الوظيفية لاضطراب الانتباه :

يرتبط اضطراب نقص الانتباه ADHD مع انخفاض الأداء المدرسي والتحصيل الأكاديمي ، والرفض الاجتماعى ، أما لدى البالغين ، فإن الأداء قد يكون أكثر ضعفاً فى الأمور المهنية ، والتحصيل ، والحضور ، مع احتمال ارتفاع البطالة فضلا عن الصراع بين الأشخاص .

أما الأطفال مع اضطراب نقص الانتباه ADHD بشكل ملحوظ فقد يكونوا أكثر عرضة من أقرانهم دون تطوير اضطراب السلوك ADHD وفي سن المراهقة فقد يسود اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع في مرحلة البلوغ ، وبالتالي قد تؤدى إلى زيادة احتمالات اضطرابات تعاطي المخدرات ، ودخول السجن .

أما خطر إرتقاء اضطرابات تعاطي المخدرات اللاحقة ، وخصوصا مع اضطراب السلوك المعادي للمجتمع ، أو اضطراب الشخصية الذى قد يتطور .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD فهم أكثر عرضة من أقرانهم للإصابة مع الحوادث المرورية والانتهاكات ، والتى هي أكثر شيوعا في السائقين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD .

وقد يكون هناك احتمالات مرتفعة من السمنة بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD ، وغالبا ما يتم تفسير عدم كفاية متغير التطبيق الذاتي للمهام التي تتطلب جهداً متواصلا من قبل الآخرين كما (الكسل ، انعدام المسؤولية ، أو عدم التعاون) .

كما قد تتميز العلاقات الأسرية / مع هذا الاضطراب/ بالفتنة والتفاعلات السلبية ، كما قد تتعطل علاقات الأقران كثيراً بسبب رفض الأقران ، والإهمال ، أو إغاظة للفرد مع اضطراب نقص الانتباه ADHD .

وفي المتوسط ، فإن الأفراد الذين يعانون من اعاقة فى الحصول على أقل مستوى تعليمى ، ويكون مع إنجاز مهني أكثر ضعفاً ، مع خفض عشرات من المهام الفكرية ، عنه بالنسبة لأقرانهم ، وإن كان هناك تفاوت كبير في شكله الشديد .

أما الاضطراب الذى يلحق ضرراً بشكل ملحوظ ، ويؤثر على المهام الاجتماعية والعائلية ، والمدرسية والمهنية ، والعجز الأكاديمي ، والمشاكل المرتبطة بالمدرسة ، وإهمال الأقران الذى قد يميل إلى أن يكون الأكثر ارتباطا مع الأعراض المرتفعة من الغفلة ، وقد تشير الإصابة العرضية إلى أبرز الأعراض التى تحدث مع فرط النشاط أو ما يتم معه وضع علامة من الاندفاع .

التشخيص التفاضلي :

خلل التحدي الاعتراضي : الأفراد مع خلل التحدي الاعتراضي قد يقاوموا الانخراط فى العمل أو المدرسة ، أو فى المهام التي تتطلب التطبيق الذاتي ، مع مقاومة مطالب الآخرين .

كما يتميز سلوكهم بالسلبية ، والعداء ، والتحدى . ويجب أن يتم التفريق بين هذه الأعراض من النفور من المدرسة أو التى تتطلب مهام عقلية ، نظرا لصعوبة الحفاظ على الجهد العقلي ، ونسيان التعليمات ، والاندفاع المميز لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD . ويتم اتخاذ التشخيص التفريقي لبعض الأفراد الذين يعانون من ADHD والذى قد يطور المواقف المعارضة الثانوية تجاه مثل هذه المهام ، وخفض قيمة أهميتها .

الخلـل الانفعـالي المتقطـع : مـع اضـطراب نقـص الانتبـاه ADHD . يتمثـل فى الاضطرابات المتقطعة ، مع فترة شديدة الانفجار من مستويات السلوك المتـهور . ومـع ذلك ، فإن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الانفعالي المتقطع ، قد يظهرون مشاعر وسلوكيات عدوانية خطيرة تجاه الآخرين ، ورغم أن ذلك لا يمثل سمـة مـن اضـطراب نقص الانتباه ADHD ، إلا أنهم يفعلون ذلك نتيجة مواجهة مشاكل مـع الحفـاظ علـى الاهتمام كما سبق عرضه في هذا الاضطراب ADHD .

وبالإضافة إلى ذلك ، هناك خلل انفعالي متقطع ، رغم أنه أمر نـادر الحـدوث في مرحلـة الطفولـة ، إلا أنـه يمكـن تشخيـصه بالاضـطراب الانفجـاري المتقطـع بحضور اضطراب نقص الانتباه ADHD .

الاضطرابات العـصبية الإنمائيـة الأخـرى : وتتمثـل فى زيـادة النـشاط الحركـي، والذى قد يحدث / إلا أنه يجب التمييز بين اضطراب نقص الانتباه ADHD الذى يترافـق مع السلوك الحركي المتكرر الذي يميـز نمطيـة اضـطراب الحركـة / وبـين بعـض حـالات اضطراب طيف التوحد، والذى يتميز كذلك بنمطية اضطراب الحركة ، ويتم - عمومـاً - إصلاح السلوك الحركي المتكررة باستخدام (مثل هزاز الجسم - والعضاضة الذاتيـة) ، بينما يتم عادة تعميم التململ والأرق في ADHD ولكن بلا تمييز مـع الحركـات النمطيـة المتكررة .

أما في اضطراب توريت [1] ، فيتميز بالعرات المتعددة والمتكررة ، والـتى يمكـن أن تتسم بالتململ المعممّ المطول من ADHD . وقد تكون هناك حاجـة إلى مراقبـة التململ مع نوبات من التشنجات اللاإرادية المتعددة .

اضطراب التعلم المحدد :

الأطفال الذين يعانون من اضطراب الـتعلم المحـدد قـد يظهـرون تفـريط بـسبب الإحباط ، وعدم الاهتمام ، أو مع القدرة المحدودة . ومع ذلـك ، فقـد يـتم ذلـك في

---

(١) متلازمـة توريـت (Tourette syndrome) : هـي عبـارة عـن خلـل عـصبي وراثـي يظهـر منـذ الطفولـة المبكـرة تظهـر أعراضـه علـى شـكل حركـات عـصبية لاإراديـة متلازمـة يـصحبها متلازمـات صـوتية متكـررة . كانـت متلازمـة توريـت تعتـبر مـرض أو عـرض غريـب شـاذ نـادر خاصـة أنـه يـصحبه في العـادة ألفـاظ بذيئـة تخـرج بـشكل لا إرادي، إلا أن ذلـك العرض نادر مع مصابي المرض.

غفلة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التعلم المحدد الذين ليس لديهم اضطراب نقص الانتباه ADHD مع عدم عرقلة ما هو خارج العمل الأكاديمي .

الإعاقة الذهانية (اضطراب النمو الفكري) : أعراض ADHD هي الأكثر شيوعا بين الأطفال المودعين في الإعدادات الأكاديمية التي لا تناسب القدرة الفكرية .

وفي مثل هذه الحالات ، فإن الأعراض ليست واضحة من خلال المهام غير الأكاديمية ، وعند تشخيص اضطراب نقص الانتباه ADHD مع الإعاقة الذهانية فيجب أن يتطلب رصد عدم الانتباه وفرط النشاط أو أن يتناسب النشاط المفرط مع العمر العقلي للطفل .

اضطراب طيف التوحد : الأفراد الذين يعانون من إعاقة طيف التوحد واضطراب الغفلة ، والعجز الاجتماعى ، والسلوكيات التى يصعب السيطرة عليها مثل المهام الاجتماعية .

ويجب التمييز بين ضعف ورفض الأقران ، والذى ينظر إليه مع الأشخاص الذين يعانون ADHD ومن فك الارتباط الاجتماعى ، والعزلة ، وعدم الاكتراث بالتواصل بالوجه (Face -to-face) ونغمي العظة ، والذى يجب معه النظر في الأشخاص الذين يعانون باضطراب طيف التوحد .

أما الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ، فقد يعرضوا نوبات الغضب بسبب عدم القدرة على تحمل التغيير مع ماهو متوقع للأحداث . وفي المقابل ، يمكن للأطفال مع اضطراب نقص الانتباه ADHD بأن يسيئون التصرف مع نوبة غضب خلال فترة انتقالية كبرى بسبب الاندفاع أو ضعف السيطرة على الذات .

اضطراب التعلق التفاعلي : الأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلق التفاعلي قد يظهرون السلوك الاجتماعي الفاضح ، مع مجموعة الأعراض غير الكاملة ، وقد يعرضوا ميزات أخرى مثل عدم وجود سمات لا تنتمى لاضطراب نقص الانتباه ADHD .

إضطرابات القلق : قد تشترك أعراض اضطراب نقص الانتباه مع اضطرابات القلق ، أما الأفراد مع ADHD فقد يفرطوا مع جاذبية المؤثرات الخارجية ، أو مع الأنشطة الجديدة أو الانشغال بأنشطة ممتعة .

ويتميز ذلـك بالغفلـة ، وقـد ينظـر إلى اجتـرار اضـطرابات القلـق ، وإلى الأرق المصاحب له ، ومع ذلك ، فـإن اضـطراب نقـص الانتبـاه ADHD قـد لا يـرتبط مـع أعراض اجترار القلق .

الاضطرابات الاكتئابية : الأفـراد الـذين يعـانون مـن اضـطرابات الاكتئـاب قـد يظهروا عدم القدرة على التركيز . مع اضطرابات المزاج الذى يصبح بـارزاً فقـط خـلال نوبة اكتئاب .

الاضطراب الثنائي القطب :

الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب قد يزداد لديهم النشاط مع قلـة فى التركيز : وزيادة الاندفاع ، ولكن هذه الخصائص العرضية ، قـد تحـدث فى العديـد من الأيام في المرة الواحدة .

أما في الاضطراب الثنائي القطب ، فقد يترافق مع زيادة الانـدفاع أو الغفلـة مـن قبل مزاج مرتفع بالعظمة ، مع غيرها من خـصائص اضـطراب القطـبين المحـددة . أمـا الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتبـاه ADHD فقـد يظهـر لـديهم تغـيرات كبيرة في المزاج في نفس اليوم ؛ مثل عطوبية متميـزة مـن نوبـة جنـون ، والـتي يجـب أن تستمر لمدة (٤ أيام) أو أكثر ليكون مؤشراً سريرياً من اضطراب القطبين ، حـتى بالنـسبة للأطفال .

أما الاضطراب ثنائي القطب فهو نادر ، حتى عندما يحدث تهيج شـديد وغـضب بارز ، في حين أن اضطراب الانتباه ADHD شائعاً بين الأطفال والمراهقين الذين يبدون الغضب المفرط والتهيج .

اضطراب التقلبات المزاجية : 'يحدث اضطراب التقلبـات المزاجيـة إزعاجـا يتميـز بالتهيج ، أما معدل انتشار التعصب النـاتج عـن الإحبـاط ، والانـدفاع غـير المـنظم ، والذى لا يمثل السمات الأساس . ومـع ذلـك ، فـإن معظـم الأطفـال والمـراهقين مـع الاضطراب لديهم أعراض تلي أيضاً معايير الاعاقة ، والتي قد يـتم تشخيـصها بـشكل منفصل .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المـواد المخـدرة : التفريـق بـين اضـطراب نقـص الانتباه ADHD وبين اضطرابات تعاطي المخدرات قـد يمثـل إشـكالية إذا كـان العـرض

الأول من الأعراض نقص الانتباه ADHD يليه بداية من سوء معاملة الاستخدام المتكرر . أما الدليل الواضح على اضطراب نقص الانتباه ADHD من قبل إساءة استعمال المواد المخدرة السابقة ، فقد تكون ضرورية لسجلات التشخيص التفريقي .

اضطرابات الشخصية : قد يكون من الصعب تميز اضطرابات الشخصية (لدى المراهقين والبالغين) مع كل من اضطراب نقص الانتباه ADHD واضطرابات الشخصية الحدية ، النرجسي ، وغيرها .

وكل هذه الاضطرابات تميل إلى مشاركة مع ملامح الفوضى ، والتدخل الاجتماعى ، مع التقلبات العاطفية ، والتقلبات المعرفية .

ومع ذلك ، لا يتسم اضطراب نقص الانتباه ADHD بالخوف من الهجر ، أو إصابة الذات ، والتناقض الشديد ، أو ميزات أخرى من اضطراب في الشخصية ، وقد يستغرق تمديد المراقبة السريرية ، مقابلة المحيطين بالحالة ، أو مع تاريخ مفصل لتمييز سلوك التسرع ، والذى يحدث تدخلات اجتماعية سلبية ، أو غير مناسبة من النرجسية والعدوانية ، أو لجعل سلوك التشخيص تفريقي .

الاضطرابات الذهانية : لا يتم تشخيص اضطراب نقص الانتباه ADHD إذا كانت هناك أعراض من عدم الانتباه وفرط النشاط ، والذى يحدث حصرا أثناء سير الاضطراب الذهاني .

أما الأعراض التي يسببها الدواء من أعراض نقص الانتباه ADHD ، وفرط النشاط ، أو الاندفاع الذى يعزى إلى استخدام الأدوية (مثل موسعات القصبات ، والإيزونيازيد [1] [مما أدى إلى تعذر الجلوس] .

واستبدال دواء الغدة الدرقية ، ويتم تشخيصه عن غيرها من الاضطرابات المرتبطة بمادة أخرى (أو غير معروفة) محددة أو غير محددة .

---

(١) يزونيازيد أيزونيازيد , يدعى أيضا **isonicotinyl hydrazine** or **INH** هو مركب عضوى يعد الخط الأول لعلاج مرض السل **tuberculosis** وقاية وعلاجا، ولا يستخدم منفردا لسرعة تكون فصائل مقاومة من البكتيريا .أيزونيازيد كمركب عضوى يستخدم لعلاج المطفرات .

الاضطرابات العصبية : في وقت مبكر قد يظهر الاضطراب العصبي الرئيسة (الخرف) ومن غير المعروف ما إذا كان الاضطراب العصبي الخفيف يترافق عن اضطراب نقص الانتباه ADHD لكنه قد يشير إلى مظاهر سريرية مشابهة ، وتتميز هذه الظروف من اضطراب نقص الانتباه ADHD في أواخر ، أو بداية الاعتلال المشترك .

في العوامل الصحية : الاضطرابات المرضية المتكررة في الأفراد الذين يلبوا أعراض معايير اضطراب نقص الانتباه ADHD . في عموم السكان ، مع خلل التحدي الاعتراضي المشارك ، والذى يحدث مع ADHD فيما يقرب من نصف الأطفال ، أما اضطراب السلوك المشترك فيحدث في حوالي ربع الأطفال أو المراهقين مع سريان نفس الأعراض جنبا إلى جنب ، وهو ما يتوقف على العمر والإعداد .

كما أن معظم الأطفال والمراهقين مع اضطراب المزاج ، واضطراب التقلبات فلديهم الأعراض التي تلبي أيضاً معايير اضطراب نقص الانتباه ADHD؛ أما النسبة الأقل من الأطفال مع اضطراب نقص الانتباه ADHD والذين لديهم الأعراض التي تلبي معايير اضطراب التقلبات المزاجية .

اضطراب التعلم يحدث بصورة محددة عادة بالتعاون مع **ADHD** : كما تحدث اضطرابات العلم كذلك بصورة مترافقة مع اضطرابات القلق والاضطراب الاكتئابي ، والذى يحدث في أقلية من الأفراد الذين يعانون من الاعاقة ، مما هو عليه في عموم السكان .

وقد يحدث الخلل الانفعالي المتقطع في أقلية من البالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD ، ولكن بمعدلات أعلى من مستويات السكان .

وعلى الرغم من أن اضطرابات تعاطي المخدرات هي الأكثر شيوعا نسبيا بين البالغين الذين يعانون من ADHD في عموم السكان ، إلا أن الاضطرابات توجد في أقلية فقط من البالغين الذين يعانون من ADHD .

أما البالغين ، مع الاضطراب المعادي للمجتمع ، ومع اضطرابات الشخصية الأخرى فقد يتزامن مع اضطراب نقص الانتباه ADHD . في حين قد تشارك الاضطرابات الأخرى في حدوثه مع اضطراب نقص الانتباه ADHD وتشمل الوسواس القهري ، واضطرابات التشنج ، واضطراب طيف التوحد أو اضطراب نقص الانتباه .

اضطراب فرط النشاط (F90.8) :

ينطبق هذا التصنيف مع العروض التقديمية المميزة لاضطراب فرط النشاط ، والذى يسبب الضيق السريرى الهام ، أو ضعف في المهام الاجتماعية ، والمجالات المهنية أو غيرها من المهام التى تسود ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة لاضطراب نقص الانتباه ، أو أي من اضطرابات النمو العصبي ، واضطرابات فئة التشخيص ، ونقص الانتباه ، وفرط النشاط المحدد .

وتستخدم فئة الاضطراب في الحالات التي يختار فيها الطبيب التوصل إلى سبب محدد ، إلا أن الأعراض لا تلبي معايير اضطراب نقص الانتباه ، وفرط النشاط أو أي اضطراب يرتبط بالنمو العصبي المحدد . ويتم ذلك عن طريق تسجيل " الأخرى " مع اضطراب الانتباه المحدد" تليها سبب محدد (على سبيل المثال " مع أعراض الغفلة غير الكافية ") .

اضطراب نقص الانتباه

صعوبات (اضطرابات)التعلم وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الخامس للاضطرابات النفسية والعقلية :

DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS
FIFTH EDITION

مقدمة :

تستخدم فئة الاضطراب في الحالات التي يختار الطبيب عدم تحديد سبب للمعايير لم يتم الوفاء لاضطراب نقص الانتباه ، أو لأغراض محددة من اضطراب النمو العصبي ، والذى يشمل العروض التي يوجد فيها معلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا ، ويشمل : -

- اضطراب التعلم المحدد .
- اضطراب التعلم محدد .
- معايير التشخيص .

أولاً : صعوبات التعلم واستخدام المهارات الأكاديمية ، والتى تتضح من وجود ما لا يقل عن أحد الأعراض التالية التياستمرت لمدة ستة أشهر على الأقل ، وذلك على الرغم من توفير التدخلات التي تستهدف تلك الصعوبات : -

١. عدم الدقة ، والبطء عند قراءة كلمة (على سبيل المثال ، يقرأ بصوت عال عبارة واحدة غير صحيحة أو ببطء وبتردد ، وكثيراً ما يعتمد على تخمينات الكلمات ، ولديه صعوبة السبر من الكلمات) .
٢. صعوبة في فهم معانى ما يقرأ (على سبيل المثال ، قد يقرأ النص بدقة ولكن لا يفهم التسلسل ، والعلاقات ، والاستدلالات ، أو المعاني الأعمق مما هو مقروء) .
٣. الصعوبات مع التدقيق الإملائي (على سبيل المثال ، قد يضيف ، أو يحذف حروف العلة أو الحروف الساكنة بديلا) .
٤. صعوبات في التعبير الكتابي (على سبيل المثال ، أخطاء نحوية متعددة ، أو أخطاء في علامات الترقيم والأحكام ؛ وقد يوظف سوء تنظيم الفقرة ؛ ويفتقر التعبير الكتابي من الأفكار والوضوح) .

٥. صعوبات اتقان معنى العدد ، وحقائق العدد ، أو الحساب (على سبيل المثال ، لديه فقر فهم الأرقام وحجمها ، أو العلاقات ؛ ويعتمد على الأصابع لإضافة أرقام، أو رقم واحد بدلا من الإشارة إلى حقيقة الرياضيات كما يفعل أقرانهم ؛ ويضيع في وسط الحساب وإجراءته) .

٦. صعوبات في التفكير الرياضي (على سبيل المثال ، قد يواجه صعوبة شديدة فى تطبيق المفاهيم الرياضية ، والحقائق ، أو مع إجراءات حل المشاكل الكمية) .

ثانياً : تتأثر المهارات الأكاديمية بشكل جوهري وكمي أقل من تلك المتوقعة للعمر الزمني لهؤلاء الافرد ، وقد يتسبب ذلك في حدوث تداخل كبير مع الأداء الأكاديمية أو المهني ، أو مع أنشطة الحياة اليومية ، وهو ما أكدته بشكل فردي تدابير التحقيق الموحدة التى تدار وتقيم بصورة سريرية شاملة .

أما الأفراد في سن ١٧ عاما فما فوق ، وهو التاريخ الموثق لثبات الضعف ، فقد يكون بديلا عن تقييم صعوبات التعلم الموحدة .

وتبدأ صعوبات التعلم خلال سنوات سن المدرسة ، ولكن قد لا تصبح واضحة تماما حتى بالنسبة للمطالب الأكاديمية ، والتى تتأثر بتجاوز مرحلة العلل المحدودة لقدرات الفرد (على سبيل المثال ، كما هو الحال في الاختبارات الموقوتة ، وتقارير القراءة أو كتابة المطولة والمعقدة / والتى يتم تقديمها خلال مهلة زمنية ضيقة ، مع أحمال أكاديمية ثقيلة بشكل مفرط) . ولا يتم احتساب دال لصعوبات التعلم أفضل لمن هم فى مرحلة (الإعاقة الذهانية) أو لذوى الإعاقة البصرية أو السمعية ، أو مع اضطرابات عقلية أو عصبية أخرى ، أو مع الشدائد النفسية ، وعدم الكفاءة في لغة التدريس الأكاديمي .

ملاحظة : معايير التشخيص الأربعة هي التى تتحقق على أساس توليفة سريرية من تاريخ الفرد (التنموية والطبية والأسرية والتربوية) ، مع التقارير المدرسية ، والتقييم النفسي ، والتربوي .

ملاحظة الترميز : تحديد كافة المجالات والمهارات الفرعية الأكاديمية للذين يعانون من ضعف ناتج عن إعاقة فى مجال واحد ، وينبغي أن تكون مشفرة لكل واحد على حدة وفقا لما يلي المحددات :

تحديد ما إذا :

(F81.0) مع ضعف في القراءة : -

- ✓ دقة كلمات القراءة .
- ✓ معدل القراءة أو الطلاقة .
- ✓ القراءة والفهم .

ملاحظة : عسر القراءة هو مصطلح بديل يستخدم للإشارة إلى وجود نمط من صعوبات في التعلم ، والتى تتميز مع مشاكل دقيقة أو عدم إجادة التعرف على الكلمة ، وسوء فك التشفير ، وضعف قدراتهم الإملائية . وإذا تم استخدام عسر القراءة / فيتم معه عندئذ تحديد نمط معين من هذه الصعوبات ، ومن المهم أيضاً لتحديد أي صعوبات إضافية التي تكون موجودة بالفعل ، مثل صعوبات في القراءة والفهم أو المنطق الرياضي .

ضعف في التعبيرالكتابي (F81.81) ويشمل :

- دقة الإملاء .
- قواعد اللغة وعلامات الترقيم دقة .
- الوضوح أو تنظيم التعبير الكتابي .

مع ضعف في الرياضيات (FBI.2) : -

- ما يخص الأرقام .
- حفظ الحقائق الحسابية .
- الحساب الدقيق أو بطلاقة .
- دقة المنطق الرياضي .

ملاحظة : خلل الحساب هو مصطلح Altemative يستخدم للإشارة إلى وجود نمط من الصعوبات التى تتميز بمشاكل معالجة المعلومات الرقمية ، وتعلم الحقائق الحسابية ، أو إجراء الحسابات الدقيقة أو بطلاقة .

وإذا تم استخدام خلل الحساب لتحديد نمط معين من صعوبات الرياضيات ، فمن المهم معه أيضاً - بالتوازى- تحديد أي صعوبات إضافية قد تكون موجودة ، مثل صعوبات مع المنطق أو دقة المنطق الرياضي .

تحديد شدة الصعوبات :

تتضح بعض صعوبات التعلم فى واحد أو اثنين من المهارات فى المجالات الأكاديمية ، الخفيفة فى مستوى الشدة ، والتى قد يكون فيها الفرد قادراً على التعويض أو العمل بشكل جيد عندما يتم تقديم خدمات الدعم بصورة أفضل ، وخصوصا خلال سنوات الدراسة .

المعتدل : صعوبات التعلم المحدد فى المهارات (في واحد أو أكثر من المجالات الأكاديمية) بحيث يكون الفرد - من غير المرجح - قادراً على إتقان بعض الفترات المكثفة ، فى التدريس المتخصص خلال سنوات الدراسة . كما أن بعض الأماكن الداعمة قد تقدم خدمات إضافية على الأقل فى جزء من اليوم داخل المدرسة ، أو في المنزل ، وقد تكون هناك حاجة لاستكمال الأنشطة فى المنزل بدقة وكفاءة .

شديد : صعوبات التعلم الشديدة ، ونقص المهارات ، يؤثر على العديد من المجالات الأكاديمية ، بحيث يصبح الفرد - من غير المرجح - أن يتعلم هذه المهارات دون جهد فردى مكثف ، مع تدريس متخصص لأكثر من سنوات الدراسة . ولأن الفرد قد لا يكون قادراً على استكمال جميع الأنشطة بكفاءة ، فمن المناسب أن تقدم تلك الخدمات في المنزل أو في المدرسة ، أو في مكان العمل .

إجراءات التسجيل :

يجب أن تسجيل كل مجال أكاديمي / والمرتبط بخلل في المهارات المختلفة Subskill مع اضطراب التعلم المحدد . وبسبب متطلبات الترميز ICD ، يتضح ضعف في القراءة وضعف في الكتابة والتعبير ، وفي الرياضيات ، والتي يجب أن تكون مشفرة بشكل منفصل . على سبيل المثال ، ضعف في القراءة والرياضيات وضعف في المهارات الفرعية من معدل القراءة أو الطلاقة ، أو فى القراءة والفهم والحساب ، ودقة المنطق الرياضي ، والمشفرة كما هو مسجل (F81.0) مع اضطراب التعلم المحدد ، لمن لديهم ضعف في القراءة ، مع انخفاض في معدل الطلاقة ، وضعف في القراءة والفهم (F81.2) والمحددة باضطراب التعلم / لمن لديهم ضعف في الرياضيات ، مع انخفاض في دقة أو طلاقة الحساب ، وضعف في دقة المنطق والرياضيات .

الخصائص التشخيصية :

اضطراب التعلم المحدد : وهو اضطراب فى النمو العصبي مع أصل بيولوجي ، وهذا هو الأساس لشرح التشوهات على المستوى المعرفي ، والذى يرتبط مع علامات سلوكية من هذا الاضطراب . كما يتضمن أصل بيولوجي وتفاعلات وراثية ، وجينية ، كما تؤثر العوامل البيئية على قدرة الدماغ على الإدراك اللفظي أو غير اللفظي فى معالجة المعلومات بكفاءة ودقة .

أما السمة الأساس من سمات اضطراب التعلم المحددة فهي الصعوبات المستمرة حول التعلم / والذى يمثل حجر الزاوية فى اكتساب المهارات الأكاديمية (المعيار A) ، والتى تظهر خلال سنوات الدراسة الرسمية (أي الفترة التنموية) . وتشمل المهارات الأكاديمية الأساس اللازم لقراءة كلمة واحدة بدقة وبطلاقة ، والقراءة والفهم ، والتعبير الكتابي والهجاء والحساب والتفكير الرياضي (حل المسائل الرياضية) .

وعلى النقيض من التحدث أو المشي ، التي يتم الحصول عليها وفقاً للمرحلة التنموية ، والتي تنشأ مع نضوج الدماغ ، والمهارات الأكاديمية (على سبيل المثال ، القراءة والهجاء والكتابة والرياضيات) والتى يجب أن يدرسها ويتعلمها بشكل صحيح .

اضطراب التعلم المحدد يعطل النمط العادي لتعلم المهارات الأكاديمية ، وليس مجرد التوصل لنتيجة بعدم وجود فرصة للتعلم أو عدم كفاية التعليمات . كما تعد صعوبات إتقان هذه المهارات الأكاديمية الأساس الذى يمكن أيضاً أن يعرقل تعلم المواد الأكاديمية الأخرى (على سبيل المثال ، التاريخ والعلوم والدراسات الاجتماعية) ، ولكن هذه المشاكل يمكن أن تعزى إلى صعوبات تعلم المهارات الأكاديمية الأساس . أما صعوبات تعلم رسم الحروف مع الأصوات من لغة واحدة ، فى قراءة الكلمات المطبوعة (فغالبا ما يسمى عسر القراءة) وهي واحدة من المظاهر الأكثر شيوعا مع اضطراب التعلم المحدد .

كما تتضح صعوبات التعلم واضح عبر مجموعة ملاحظات من السلوكيات الوصفية أو الأعراض (كما هو موضح في معايير A1- A6) . وهذه الأعراض السريرية قد يتعين مراعاتها ، وبحثها عن طريق المقابلة الإكلينيكية ، أو التأكد من صدق التقارير المدرسية .

صعوبات التعلم المستمرة ، ليست انتقالية : وذلك لدى الأطفال والمراهقين ، كما يتم تعريف مفهوم (الإستمرار) بمدى التقدم المحدود في التعلم (أي الدليل على أن الفرد يلحق بالركب مع الزملاء) وذلك لمدة ٦ أشهر على الأقل ، وذلك على الرغم من تقديم مساعدة إضافية له في المنزل أو المدرسة . وعلى سبيل المثال ، صعوبات تعلم القراءة لعبارة واحدة ، والتي يتم التعامل معها بتوفير التعليم المرتكز على رصد المهارات الصوتية ، أو مع استراتيجيات تحديد كلمة محددة ، والتي قد تشير إلى وجود اضطراب فى التعلم .

أما أدلة صعوبات في التعلم المستمر ، فقد تكون مشتقة من تراكم التقارير المدرسية عن أداء عمل الطفل وتقييمه ، مع اتخاذ التدابير القائمة على المناهج الدراسية ، أو المقابلة السريرية ، وذلك لدى البالغين ، والذى يشير إلى استمرار الصعوبات في مجال محو الأمية ، أو المهارات الحسابية ، والتي تظهر أثناء مرحلة الطفولة أو المراهقة ، كما يتبين ذلك من الأدلة التراكمية حول التقارير المدرسية وآليات تقييم العمل ، أو التقييمات السابقة للطفل .

ومن السمات الرئيسة الثانية هي أن أداء الفرد من المهارات الأكاديمية المتضررة أقل بكثير من المتوسط بالنسبة للعمر (المعيار **B**) : ويعد التحصيل الدراسي من أهم المؤشرات السريرية القوية من صعوبات في التعلم المهارات الأكاديمية ، حيث يشير التحصيل الدراسي المنخفض بالنسبة للعمر أو متوسط الإنجاز على نحو مستدام فقط من خلال تقديم مستويات عالية للغاية من الجهد الداعم له ، وذلك مع الأطفال من ذوى المهارات الأكاديمية المنخفضة ، مما قد يسبب تشويشا كبيراً في الأداء المدرسي (كما يتبين من التقارير المدرسية وتقييمات درجات المعلم) .

أما آخر مؤشر سريري ، وخصوصا لدى البالغين ، فيختص بتجنب الأنشطة التي تتطلب مهارات أكاديمية حتى في مرحلة البلوغ ، وقد تتداخل المهارات الأكاديمية المنخفضة مع الأنشطة اليومية ، ومع الأداء المهني ، والذى يتطلب هذه المهارات (كما يتبين من التقرير المعد من قبل الآخرين) . ومع ذلك ، يتطلب هذا المعيار أيضاً أدلة من الفحوصات باستخدام اختبارات القياس النفسى Psychometrically، والتى تدار بشكل فردي واختبار الملائمة الثقافي حول الإنجاز الأكاديمي وفقاً للمعايير المرجعية . كما توزع

المهارات الأكاديمية على طول سلسلة متصلة ، والتي يمكن استخدامها للتمييز بين الأفراد (مع وبدون) اضطراب التعلم المحدد . وبالتالي ، فإن أي يتم معها تحديد العتبة المستخدمة بشكل التحصيل الدراسي المنخفض بشكل ملحوظ (على سبيل المثال ، المهارات الأكاديمية فى دول غرب أوروبا يتم بصورة نسبية دون توقع سن محدد) .

أما العشرات من الإنجازات المنخفضة على واحد أو أكثر من الاختبارات الموحدة ، أو الاختبارات الفرعية فتقع ضمن المجال الأكاديمي (أي ما لا يقل عن ١,٥ من الانحرافات المعيارية [SD] للسكان بالنسبة / إلى العمر ، وهو ما يترجم إلى درجة مستوى ٧٨ أو أقل ، وهو تحت المئين ٧) وهناك حاجة للتيقن من التشخيص . الدقيق ، والذى قد يختلف وفقا لدرجات الاختبارات الموحدة خاصة التي يتم استخدامها .

على أساس الحكم السريري ، يمكن استخدام عتبة أكثر تساهلا (على سبيل المثال ، SD (الانحراف المعيارى) النسبة بين السكان / وللعمر) ، حيث يتم اعتماد صعوبات التعلم عند التقاء في الأدلة من التقييم السريرية ، والتاريخ الأكاديمي ، وتقارير المدرسة ، أو درجات الاختبار .

وعلاوة على ذلك ، الاختبارات الموحدة (لكنها غير متوفرة بجميع اللغات) ، ويمكن عندئذ أن يستند التشخيص جزئيا على الحكم السريري ، أو مع العشرات من الاختبارات المتاحة . وثمة سمة أساس حول صعوبات التعلم ، والبادية للعيان في وقت مبكر من سنوات الدراسة ولدى معظم الأفراد (المعيار C) . ومع ذلك ، وفي حالات أخرى ، فإن صعوبات التعلم قد لا تظهر بشكل كامل حتى سنوات الدراسة في وقت لاحق ، والذي يرتبط بزيادة مطالب وقت التعلم ، وتتجاوز القدرات المحدودة للتلميذ / المتعلم .

الميزة الأساس لتشخيص مفتاح آخر لصعوبات التعلم تعتبر "محددة" بأربعة أسباب هى :

الأولى : أنها لا تعزى إلى الإعاقة الذهانية (العجز الفكري / اضطراب النمو الفكري) ؛ أو تأخر في النمو العالمي ؛ السمع أو اضطرابات في الرؤية ، أو عصبية / أو اضطرابات الحركية) وفقاً (للمعيار D) .

ويؤثر اضطراب التعلم المحدد في الأفراد الذين يظهرون خلاف تلك المستويات الطبيعية من سير الحالة الفكرية (والتى تقدر عموما بدرجة ذكاء أكبر من حوالي ٧٠ درجة ، وبما يسمح مجالاً لخطأ القياس) .

أما عبارة " التحصيل الأكاديمي غير المتوقع " فكثيراً ما يستشهد بوصفها السمة المميزة لاضطراب التعلم المحدد / وفي صعوبات التعلم المحدد / والذى لا يُعد جزءاً من صعوبة في التعلم الأكثر عمومية كما يتجلى في الإعاقة الذهانية ، أو مع تأخر في معايير النمو العالمي .

وقد يتم التعرف على الأفراد" الموهوبين " فكرياً ، وهؤلاء الأفراد قد يكونوا قادرين على الحفاظ Apparentiy على الأداء الأكاديمي الكافي باستخدام الاستراتيجيات التعويضية ، المرتبطه بالجهد العالي للغاية ، وبدعم مطالب التعلم أو تقييم الإجراءات (على سبيل المثال ، تطبيق الاختبارات) والتى تشكل الحواجز الخاصة بإنجاز مهام التعلم المطلوبة .

الثانية : لا يمكن أن يعزى صعوبة التعلم إلى المزيد العوامل الخارجية العامة ، مثل الحرمان الاقتصادي أو البيئي ، والتغيب المزمن ، أو الافتقار إلى التعليم على النحو المنصوص عليه عادة في سياق المجتمع والفرد .

الثالثة : لا يمكن أن تُعزى صعوبة التعلم إلى العصبية (مثل السكتة الدماغية للأطفال) أو الاضطرابات الحركية أو الرؤية أو اضطرابات السمع ، والتي غالبا ما ترتبط مع مشاكل تعلم المهارات الأكاديمية والتى يمكن تمييزها من خلال وجود علامات عصبية .

وأخيرا ، قد تكون صعوبة تعلم المهارات الأكاديمية أو أحد النطاقات مقيدة (على سبيل المثال ، القراءة لعبارة واحدة ، أو استرجاع حقائق حساب العدد) .

مطلوب تقييم شامل : لا يمكن أن يتم تشخيص اضطراب التعلم المحدد بعد بدء مرحلة التعليم الرسمي ، ولكن يمكن تشخيصه في أي لحظة بعد ذلك في الأطفال والمراهقين ، أو البالغين ، مع توفر وجود أدلة على ظهوره خلال سنوات الدراسة الرسمية (أي ، فترة النمو) . ويكفي أي مصدر بيانات واحد لتشخيص اضطراب . التعلم المحدد ، وبدلا من ذلك ، فإن التشخيص السريري لاضطراب التعلم المحدد

يتم على أساس توليفة من التاريخ الطبي والتنموي والتعليمي ، والأسرة والفرد ، وتاريخ ظهور صعوبة التعلم ، بما في ذلك تجلياتها السابقة والحالية ، وأثر درجة صعوبتها لأكاديمية والمهنية ، أو على الأداء الاجتماعى ، وفقاً لتقارير المدرسة السابقة أو الحالية ؛ إضافة إلى التقييمات القائمة على المناهج الدراسية الحالية ، والسابقة ، أو على عشرات من الاختبارات المعيارية الفردية لتقييم الإنجاز الأكاديمي الحالي .

وعند التقييم السريري المحدد يجب أن يشمل أيضاً اضطراب التعلم ، وبالتالي ، يشمل التقييم المهني بواسطة ذوي الخبرة في اضطراب التعلم المحدد ، مع التقييم النفسي والمعرفي . وقد يستمر اضطراب التعلم المحدد عادة حتى مرحلة البلوغ ، ونادراً ما يتم إعادة التقييم ، إلا ما لزم الأمر ذلك ، وما لم يتبين من ظهور تغييرات ملحوظة في صعوبات التعلم (تحسن/ أو تدهور) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

اضطراب التعلم المحدد في كثير من الأحيان لا يسبقه - دائما - ضعف الانتباه أو اللغة أو المهارات الحركية ، خاصة في سنوات ما قبل المدرسة ، والذى قد يستمر بعد ذلك بصورة محددة .

إضطراب التعلم :

ويشمل ملف التعريف غير المتكافئ للقدرات الشائعة ، مثل قدرات فوق المتوسط في الرسم ، والتصميم ، والقدرات البصرية المكانية الأخرى ، البطيئة ، وغير الدقيقة ، مثل القراءة ، والتعبير الكتابي . واضطراب التعلم عادة (لكن ليس دائما) والذى يظهر فى ضعف الأداء فى اختبارات المعالجة المعرفية .

ومع ذلك ، فإنه لا يزال من غير الواضح ما إذا كانت هذه المعرفية تُحدث تشوهات نتيجة للصعوبات في التعلم ، وعلى الرغم من العجز المعرفي المرتبط بصعوبات تعلم قراءة الكلمات غير الموثقة جيدا ، والتى ترتبط مع غيرها من مظاهر اضطراب التعلم المحدد (على سبيل المثال ، القراءة والفهم ، والحساب ، التعبير الكتابي) .

وعلاوة على ذلك ، فإن الأفراد مع الأعراض السلوكية المماثلة وفقاً لدرجات الاختبارات ، والتى أسفرت عن وجود مجموعة متنوعة من العجز المعرفي ، وكثير من هذا العجز في العمليات وجد كذلك في الاضطرابات العصبية النمائية الأخرى (مثل

اضطراب نقص الانتباه [ADHD] ، اضطراب طيف التوحد ، واضطرابات التواصل ، واضطراب التنسيق التنموي) . وبالتالي ، ليس مطلوبا تقييم العجز فقط في العمليات المعرفية لتقييم التشخيص ، وإنما يتعداه إلى المجالات الأخرى .

لا توجد علامات بيولوجية معروفة من اضطراب التعلم المحددة : كمجموعة ، وأفراد مع أعراض الاضطرابات المقيدة فى تعديلات المعالجة المعرفية وبنية الدماغ ووظيفته . وذلك إضافة إلى الاختلافات الوراثية الواضحة ، إلا أن استخدام الاختبار المعرفي ، وتصوير الأعصاب ، أو الاختبارات الجينية - جميعها - ليست مفيدة للتشخيص في هذا الوقت .

معدل انتشار اضطراب التعلم :

معدل انتشار اضطراب التعلم المحدد في المجالات الأكاديمية (القراءة ، الكتابة ، والرياضيات) يصل إلى ما بين (٥ -١٥ ٪) بين الأطفال في سن المدرسة عبر لغات وثقافات مختلفة . إلا أن معدل انتشار المرض في البالغين غير معروف ولكن يبدو أنه يقارب نحو ٤ ٪ .

دورة النمو :

عادة ما تحدث البداية ، مع تشخيص اضطراب التعلم المحدد ، والذى عادة ما يحدث خلال سنوات المدرسة الابتدائية عندما يطلب من الأطفال تعلم القراءة ، والكتابة ، وتعلم الرياضيات . ومع ذلك ، فإن تأخير اللغة أو العجز ، وصعوبات في العد ، أو صعوبات في المهارات الحركية الدقيقة اللازمة للكتابة / هى الأكثر شيوعا في مرحلة الطفولة المبكرة قبل بداية التعليم النظامي .

وقد تكون المظاهر السلوكية (على سبيل المثال ، التردد في الانخراط في التعلم ، والسلوك المعارض) . قد تستمر مدى الحياة ، ويعد التعبير السريري هو المتغير ، في جزء منه يتصل بين تفاعلات الفرد / وبين المطالب المهمة للبيئة .

كما يستمر في مرحلة البلوغ عادة كل من : صعوبات التعلم الفرد ، الاعتلال المشترك ، وأنظمة الدعم المتاحة والتدخل ، مع مشاكل فى القراءة الطلاقة والفهم ، والهجاء والتعبير الكتابي ، والمهارات الحسابية في الحياة اليومية .

أما التغييرات في مظهر من مظاهر تلك الأعراض فيحدث مع التقدم في السن ، بحيث قد يواجه الفرد مجموعة ثابتة أو متغيرة من صعوبات التعلم عبر المرحلة العمرية . أما أمثلة تلك الأعراض التي يمكن ملاحظتها بين الأطفال في سن ما قبل المدرسة ، فتشمل نقص مع أصوات اللغة[1] (على سبيل المثال ، التكرار ، القافية) ، وقد تظهر صعوبة في تعلم أغاني الأطفال .

أما الأطفال قبل سن المدرسة الذين يعانون من اضطراب التعلم المحدد ، فقد يواجهون صعوبة فى الكلام وصعوبة في تذكر أسماء الحروف ، والأرقام أو أيام الأسبوع . وقد يفشلوا في التعرف على حروف الأسماء الخاصة بهم وصعوبة في تعلم العد .

فى حين يواجه الأطفال في سن رياض الأطفال مع اضطراب التعلم المحدد ، صعوبات فى القدرة على التعرف على الكلمات ، أو كتابة الرسائل ، وقد لا يتمكنوا من إرسال الأسماء الخاصة بهم ، أو قد تكون لديهم صعوبة في كسر الكلمات المنطوقة إلى المقاطع (على سبيل المثال ، "رعاة البقر" في "البقرة " و"صبي") كما يصادفوا متاعب فى الاعتراف الكلمات المتشابهة (على سبيل المثال : لاعب ، لعبة ، ملعب) .

كما أن الأطفال في سن رياض الأطفال قد يواجهوا أيضاً مشكلة فى التواصل مع الآخرين ، كما يمكن أن يكونوا غير قادرين على التعرف على المنطق اللغوى (على سبيل المثال ، لا أعرف ما الذى يجمع بين تلك الكلمات [مثل الكلب ، رجل ، سيارة] .

وعادة ما يواجه الأطفال مع اضطراب التعلم المحدد في سن المدرسة الابتدائية ، صعوبة ملحوظة فى التعلم الإلكتروني ، والمراسلات (وخاصة للأطفال الدارسين بالإنكليزية) ، وقد يجيدون فك الكلمة والهجاء ، أو بعض وقائع الرياضيات ،

---

(١) الصوتيات أو الفوناتيكا phonetics هو العلم الذي يدرس الأصوات اللغوية وصفا وتصنيفا بمعزل عن وظيفتها الفونولوجية . أي أن الفوناتيكا تدرس الجانب الطبيعي أو الفيزيائي البحت للأصوات اللغوية بينما تدرس الفونولوجيا وظيفة تلك الأصوات في اللغة والقواعد التي تضبطها لكي تعطي تركيبات ذات معنى.

المخاطر والعوامل المنذرة :

البيئية : الخداج [1] المنخفض جدا للوزن عند الولادة يزيد من المخاطر المحددة لاضطراب التعلم ، وقد يسببه كذلك التعرض للنيكوتين قبل الولادة .

الجينية والفسيولوجية : يظهر اضطراب التعلم المحدد فى جميع الأسر ، وخاصة عندما يؤثر على القراءة ، والرياضيات ، والإملاء .

أما الخطر النسبي من اضطراب في القراءة أو تعلم الرياضيات فهو أعلى بكثير (على سبيل المثال ، ٤-٨ مرات و٥-١٠ أضعاف ، على التوالي) لدى الأقارب من الدرجة الأولى ، مع الأفراد فى هذه صعوبات التعلم . ويؤدى التاريخ العائلي من صعوبات القراءة (عسر القراءة) ومهارات القراءة والكتابة عن والديه / فى التنبؤ بمشاكل محو الأمية أو اضطراب التعلم المحدد في الذرية ، مما يدل على الدور المجتمعى الناتج عن العوامل الوراثية والبيئية .

ويمثل التوريث نسبة عالية لكلا من القدرة على القراءة ، وفى إعاقة القراءة في أبجدية وفى لغات غير هجائية ، بما في ذلك التوريث العالي لمعظم مظاهر قدرات التعلم والإعاقة (على سبيل المثال ، تقدر دور أكبر للتوريث من ٠،٦) . بين مظاهر مختلفة من صعوبات التعلم المرتفع ، مما يشير إلى أن الجينات المتعلقة بها ترتبط إلى حد كبير مع عرض الجينات المتعلقة بمظهر آخر .

المعدلات : المشاكل الملحوظة مع السلوك في سنوات ما قبل المدرسة ، فى التنبؤ بصعوبات التعلم في وقت لاحق في القراءة والرياضيات (ولكن ليس بالضرورة تعليمية محددة إضطراب) وعدم الإجابة على التدخلات الأكاديمية الفعالة ، مع عدم التأخير فى اضطرابات الكلام أو اللغة ، أو المعالجة المعرفية الضعيفة (على سبيل المثال ، الوعي

---

(١) الخداج **premature birth** هو الولادة قبل تمام الأسبوع ٣٧ من الحمل، وقد كان يعرف سابقاً بحسب وزن الولادة، فيطلق اسم الخديج على الوليد الذي يزن أقل من ٢٥٠٠غ. أما الآن فيطلق على الطفل الذي يولد بوزن ٢٥٠٠غ أو أقل من ذلك، ناقص وزن الولادة low birth weight (LBW) ، وهو إما أن يكون خديجاً أو متأخر النمو داخل الرحم small for gestational age (SGA) أو كليهما.

الصوتي ، الذاكرة العاملة ، تسمية المسلسل السريع) وذلك في سنوات ما قبل المدرسة ، مع توقع قدرات تعليمية محددة في وقت لاحق من اضطراب القراءة والتعبير الكتابي .

أما الاعتلال المشترك مع اضطراب الانتباه ADHD فهو التنبؤ بأسوأ نتائج الصحة النفسية مع ارتباطه باضطراب التعلم المحدد دون ADHD .

أما المنهجية المكثفة ، فى التعليم الفردي ، فيتم باستخدام التدخلات المسندة بالبينات ، والتى قد تحسن أو تخفف من صعوبات في التعلم لدى بعض الأفراد أو تعزيز استخدام استراتيجيات تعويضية في بلدان أخرى ، وبالتالي التخفيف من نتائج الضعف .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافى :

يحدث اضطراب التعلم محددة عبر اللغات ، والثقافات ، والأجناس ، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ولكن قد تختلف الظروف في كل تجلياتها وفقا لطبيعة الحدث ونظم الرمز المكتوب والممارسات الثقافية والتعليمية .

وعلى سبيل المثال ، المتطلبات المعرفية وإعدادات القراءة ، والعمل مع الأرقام ، والتى تختلف اختلافا كبيرا عبر التهجئة في اللغة الإنجليزية ، أما الأعراض السريرية المميزة التى يمكن ملاحظتها من صعوبات تعلم القراءة / فهي القراءة غير الدقيقة والبطيئة من عبارة واحدة ؛ في أبجدية أخرى للغات التي لديها أكثر الطرق المباشرة بين الأصوات والحروف (على سبيل المثال ، اللغة العربية ، الإسبانية ، الألمانية) وبلغات غير أبجدية (مثل الصينية واليابانية) ، ميزة أساس مميزة بطيئة ودقيقة من القراءة . وينبغ للمتعلمين باللغة الإنجليزية ، أن يشمل التقييم دراسة النظر عما إذا كان مصدر صعوبات القراءة هو إتقان اللغة الإنجليزية المحدودة مع أو بدون اضطراب التعلم المحدد . وتشمل عوامل الخطر لاضطراب التعلم المحدد في اللغة الإنجليزية كل من : المتعلمين / والتاريخ العائلي من اضطراب التعلم المحدد أو تأخير اللغة ، وخاصة في اللغة الأم ، وكذلك صعوبات في اللغة الإنجليزية وفشل اللحاق مع أقرانهم .

وإذا كان هناك اشتباه في الاختلافات الثقافية أو اللغة (على سبيل المثال ، كما هو الحال في تعلم اللغة الإنجليزية) ، فيحتاج التقييم أن يأخذ في الاعتبار كفاءة لغة الفرد في اللغة الأولى أولغة الأم (له أو لها) ، وكذلك في اللغة ثانية (على سبيل المثال ، اللغة

الإنجليزية) . كما ينبغي وكذلك (له / أو لها) أن يُنظر إلى عملية التقييم في السياق اللغوي والتعليمى والثقافي في البيئة التي يعيش فيها الفرد .

قضايا التشخيص المتعلقة بنوع الجنس :

اضطراب التعلم المحدد هو الأكثر شيوعا في الذكور أكثر من الإناث (وتتراوح النسب من حول ٢ : ٠١ حتي ٣ : ٠١) ، ولا يمكن أن 'يعزى إلى عوامل مثل التحيز ، التثبت ، التعريف أو اختلاف القياس أو اللغة أو العرق أو الوضع الاجتماعى والاقتصادي .

عواقب اضطراب التعلم المحددة :

اضطراب التعلم المحدد . يمكن أن يكون له عواقب سلبية ووظيفية عبر المرحلة العمرية للفرد ، بما في ذلك انخفاض التحصيل الدراسي ، وارتفاع معدلات التسرب من المدارس الثانوية ، وانخفاض معدلات التعليم الجامعي ، مع مستويات عالية من الضيق النفسي والعقلي والصحى الأكثر ضعفاً ، والذى يترافق مع ارتفاع معدلات البطالة ، وانخفاض الدخل . ويشارك التسرب المدرسى في حدوث أعراض الاكتئاب ، والذى يزيد من مخاطر الصحة النفسية ، وضعف النتائج ، في حين أن المستويات العالية من الدعم الاجتماعى أو التنبؤ العاطفي يحقق أفضل نتائج الصحة النفسية .

التشخيص التفاضلي :

الاختلافات الطبيعية في التحصيل الأكاديمي : يتميز اضطراب التعلم المحدد باختلافات طبيعية في التحصيل الأكاديمي بسبب عوامل خارجية (على سبيل المثال ، عدم وجود فرص تعليمية ، وسوء استمرار التعليم ، والتعلم في اللغة الثانية) ، وقد تستمر صعوبات التعلم في وجود الفرص التعليمية الكافية ، أو التعرض لنفس تعليمات مجموعة الأقران ، حتى عندما كان يكون مختلفا عن اللغة المحكية الابتدائية الواحدة .

الإعاقة الذهانية (اضطراب النمو الفكري) : يختلف اضطراب التعلم المحدد عن صعوبات التعلم العامة المرتبطة بالإعاقة الفكرية ، وذلكَ لأن صعوبات التعلم تحدث في وجود مستويات طبيعية من سير العملية الفكرية (أي ، درجة الذكاء لا يقل عن ٧٠ درجة) إلا إذا كانت الإعاقة الذهانية حاضرة ، ويمكنأن يتم تشخيص اضطراب التعلم المحدد فقط عندما تتجاوز صعوبات التعلم - عادة - ما يرتبط مع الإعاقة الذهانية .

صعوبات التعلم بسبب اضطرابات عصبية حسية : يتميز اضطراب التعلم المحدد مع صعوبات التعلم بسبب اضطرابات عصبية أو حسية (على سبيل المثال ، بالسكتة الدماغية للأطفال ، وإصابات الدماغ ، وضعف السمع ، وضعف الرؤية) ، وذلك لأن في هذه الحالات هناك نتائج غير طبيعية مؤكدة في الفحص العصبي .

اضطرابات عصبية : يتميز اضطراب التعلم المحدد بالمشاكل المرتبطة بالإضطرابات المعرفية العصبية ، والمحدد فى اضطراب التعلم السريري لصعوبات التعلم المحددة، والذى يحدث أثناء فترة النمو .

اضطراب نقص الانتباه : قد تعكس مشاكل صعوبات المحددة في التعلم المهارات الأكاديمية ، والصعوبات المتعلقة بالأداء فى هذه المهارات . ومع ذلك ، فإن المشاركين في حدوث اضطراب التعلم المحدد وADHD كأكثر الاضطرابات تواتراً مما هو متوقع أن يتم عن طريق الصدفة . والذى يمكن أن يعطى كل التشخيصات المطلوبة إذا تستوفى معايير الاضطراب .

اضطرابات ذهانية : يتميز اضطراب التعلم الأكاديمي المحدد بصعوبات تجهيز المعلومات المعرفية المرتبطة بالفصام أو بالذهان ، حيث يحدث مع هذه الاضطرابات انخفاضاً (غالبا سريع) في هذه المجالات الوظيفية .

الاعتلال المشترك :

اضطراب التعلم يحدث بصورة مترافقة - عادة - مع النمو العصبي (على سبيل المثال : ADHD ، اضطرابات التواصل ، واضطراب التنسيق التنموي ، واضطراب طيف التوحد) أو غيره من الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال : واضطرابات القلق ، والاكتئاب واضطرابات القطبين) . هذه الأمراض المصاحبة لا تستبعد بالضرورة اضطراب التعلم - محدد التشخيص - ولكن قد يجعل ذلك التشخيص التفريقي أكثر صعوبة ، لأن كل من حدوث الاضطرابات المشتركة تتدخل بشكل مستقل مع تنفيذ أنشطة الحياة اليومية ، بما في ذلك التعلم .

ولذلك يتعين مع هذا الحكم السريري أن نعزو هذا الانخفاض إلى صعوبات التعلم . وإذا كان هناك إشارة إلى أن التشخيص أخرى يمكن أن يشكل مجالاً لصعوبات

تعلم المهارات الأكاديمية كما موضح في المعيار A ، كما يجب أن لا يتم تشخيص الاضطرابات الحركية ، إلا وفق معايير النمو .

معايير التشخيص (F82) :

أولاً : اقتناء وتنفيذ المهارات الحركية المنسقة بنسب أقل بكثير من المتوقع للمرحلة العمرية للفرد ، كما تتجلى الصعوبات كما الحماقات ، فضلا عن بطء وعدم دقة أداء المهارات الحركية (مثل الإصابة الاعتراضية ، وذلك باستخدام مقص أو أدوات المائدة ، أو مع ركوب الدراجة ، أو المشاركة في الألعاب الرياضية) .

ثانياً : العجز في المهارات الحركية وفقاً للمعيار (A) والذى يتم بشكل كبير وبصورة مستمرة مع تداخل مع الأنشطة اليومية المعيشية المناسبة للعمر الزمني (على سبيل المثال : الرعاية الذاتية ، وصيانة الذات) والإنتاجية الأكاديمية المدرسية Prevocational والأنشطة المهنية ، والترفيه ، واللعب .

ثالثاً : ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر .

رابعاً : لا يتم تفسير العجز فى المهارات الحركية بشكل أفضل من خلال الإعاقة الفكرية (إضطراب التنموية الفكرية) أو ضعف البصر ، والذى لا يُعزى إلى حالة عصبية تؤثر على الحركة (على سبيل المثال : الشلل الدماغي ، وضمور العضلات ، واضطراب التنكسية) .

الخصائص التشخيصية :

يتم تشخيص الاضطراب coordinahon التنموي من خلال توليفة سريرية لتقرير التاريخ (التنموي والطبي) ، والفحص البدني ، والمدرسى أو مكان العمل ، مع التقييم الفردي باستخدام الاختبارات الموحدة والملائمة ثقافيا .

أما أحد مظاهر ضعف المهارات التي تتطلب التنسيق الحركي وفقاً (للمعيار A) والذى يختلف مع التقدم في السن . وقد يتأخر الأطفال الصغار في تحقيق الإنجازات الحركية (أي الجلوس ، الزحف ، المشي) ، وذلك على الرغم من إظهار العديد من معالم تحقيق الحركية النمطية . كما أنهم قد يتأخروا في تطوير مهارات مثل صعود الدرج ، وتزرير القمصان ، واستكمال الألغاز ، وباستخدام السحابات (السوست) . حتى عندما يتم تحقيق مهارة ، قد يصاحبها حرج ، وإبطاء ، أو أقل دقة من تلك التي تتم من أقرانهم .

ويمكن للأطفال الأكبر سنا والبالغين جوانب حركية تتسم بعرض بطيء أو بعدم الدقة من الأنشطة مثل تجميع الألغاز ، وبناء النماذج ، وألعاب الكرة (وخاصة في فرق) ، أو فى خط اليد ، الكتابة ، والقيادة ، أو القيام بالرعاية الذاتية .

لا يتم تشخيص اضطراب التنسيق الإنمائي إلا إذا كان ضعف في المحرك مهارات يتداخل بشكل كبير مع أداء المشاركين في الأنشطة اليومية في الأسرة ، وفى المجالات الاجتماعية ، والمدرسية ، أو فى الحياة المجتمعية (المعيار B) . أما الأمثلة على تلك الأنشطة فتشمل ارتداء ملابسه بنفسه ، وتناول وجبات الطعام فى الأواني المناسبة للفئة العمرية ودون فوضى ، واشتراك في الألعاب البدنية مع الآخرين ، وذلك باستخدام أدوات محددة في الصف مثل الحكم ، والصفارة ، والمشاركة في أنشطة فريق المدرسة . ولا تتسم القدرة فقط بالقدرة على تنفيذ هذه الإجراءات ببطء وضعف ، ولكن أيضاً - كأمر شائع - بصورة ملحوظة في تنفيذها .

كما أن الكفاءة الكتابة اليدوية كثيراً ما يتأثر ، وبالتالي تؤثر على وضوح أو سرعة الإنتاج مكتوبة والتي تؤثر على التحصيل الدراسي (تتميز صعوبة التعلم المحدد بالتركيز على عنصر حركي واحد من مهارات الإخراج المكتوبة) ، وفى مهارات الحياة اليومية لدى البالغين في التعليم والعمل ، وخصوصا تلك التي تتسم بالسرعة والدقة المطلوبة ، والتى تتأثر بمشاكل التنسيق .

ينص المعيار C على أن ظهور أعراض اضطراب التنسيق التنموي يجب أن يكون في فترة النمو المبكر . ومع ذلك ، فإن اضطراب التنسيق التنموي عادة لا يتم تشخيصه (قبل عمر ٥ سنوات) بسبب وجود تباين كبير في السن ، واكتساب العديد من المهارات الحركية أو عدم الاستقرار القياسى في مرحلة الطفولة المبكرة ، أو لأسباب أخرى من ضعف التنسيق الحركي ، والذى قد لا يتجلى بشكل كامل .

يحدد المعيار D بأن تشخيص اضطراب التنسيق التنموي يجب أن يتم بشرح صعوبات التنسيق بشكل أفضل من خلال ضعف البصر ، أو ما 'يعزى إلى حالة عصبية . وبالتالي ، فحص وظيفة البصرية والعصبية ، ويجب تضمين تقرير التقييم التشخيصي . وإذا كانت الإعاقة الذهانية (اضطراب النمو الفكري) حاضرة مع

الصعوبات الحركية ، والتي تتجاوز المتوقع بالنسبة للعمر العقلي ، ولا يتم تحديد معدل الذكاء / إلا قبل وقف إنتاج المواد الانشطارية أو تناقص المعيار المحدد للاضطراب .

أما اضطراب التنسيق التنموي الفرعي المنفصل ، فقد يخفض - في الغالب - المهارات الحركية الدقيقة ، بما في ذلك مهارات الكتابة اليدوية . وتشمل المصطلحات الأخرى المستخدمة لوصف اضطراب التنسيق التنموي الطفولة كل من : خلل الأداء ، والاضطراب التنموي المحدد من وظيفة حركية ، ومتلازمة الطفل الأخرق (الأهوج) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

بعض الأطفال الذين يعانون من الاضطراب التنموي للتنسيق الإضافي ويتميز عادة (بقمع) النشاط الحركي ، مثل حركات (رقصي الشكل) من حركات أطرافه . ويشار إلى هذه الحركات " بالتجاوز " على أنها Immaturities أو علامات عصبية لينة بدلا من تشوهات عصبية . ورغم طرحها فى كل من الأدب الحالي والممارسة السريرية ، إلا أن دورها في التشخيص لا يزال غير واضح ، ويحتاج إلى مزيد من التقييم .

معدل الانتشار Prevaience :

معدل انتشار اضطراب التنسيق في النمو لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ٥-١١ سنة هو ٥ - ٦ ٪ (في الأطفال في سن ٧ سنوات ، ويتم تشخيص ١,٨ ٪ مع التنسيق التنموي للاضطراب الشديد و٣ ٪ مع اضطراب التنسيق الإنمائي المحتمل) . ويتأث الذكور أكثر في كثير من الأحيان من الإناث ، مع نسبة 01 : 2 حتي ٠٧ : ٠١

دورة النمو :

مسار اضطراب التنسيق التنموي المتغير وغير المستقر على الأقل (سنة واحدة) للمتابعة : وذلك على الرغم من أنه قد يكون هناك تحسن في المدى الطويل ، مع مشاكل التنسيق الحركى حتى نهاية فترة المراهقة في ما يقدر بـ ٥٠ -٧٠ ٪ من الأطفال .

بداية في مرحلة الطفولة المبكرة . قد تؤخر المعالم الحركية الإشارات الأولى ، مع الاضطراب وذلك عندما يحاول الطفل - لأول مرة - القيام بالمهام مثل حمل سكينا وشوكة ، أو تزرير ملابسه ، أو لعب الكرة . وهناك صعوبات في مرحلة الطفولة المتوسطة ، مع الجوانب الحركية ، مثل تجميع الألغاز ، وبناء النماذج ، ولعب الكرة ،

والكتابة اليدوية ، وكذلك مع تنظيم ممتلكاتهم ، عندما يطلب منهم اتباع التسلسل الحركي والتنسيق .

في مرحلة البلوغ المبكر ، توجد صعوبة مستمرة في تعلم المهام الجديدة ، والتى تنطوي على جميع المهارات الحركية التلقائية ، بما في ذلك القيادة واستخدام الأدوات . وعدم القدرة على تدوين الملاحظات بسرعة يكتبون بسرعة ، والتى قد تؤثر على الأداء في مكان العمل .

المخاطر والعوامل المنذرة :

البيئية : اضطراب التنسيق التنموي قد يسبق مرحلة ما قبل الولادة ، وهو أكثر شيوعا (مع الأم) فى التعرض للكحول ، أو عند الخدج (انخفاض وزن لأطفال عند الولادة بالنسبة للمعايير العالمية) .

الجينية والفسيولوجية : ضعف في عمليات النمو العصبي الأساس خاصة في المهارات البصرية والحركية ، سواء في الإدراك البصري الحركي ، أو المكاني ، كما تم العثور على إجراءات لتعديل القدرات الحركية السريعة ، وتعقيد زيادة الحركات المطلوبة . وقد ترافق ذلك مع اختلال وظيفي للدماغ ، ويظل الأساس ظهور اضطراب التنسيق الإنمائي ، والذى لا يزال غير واضح ، وذلك بسبب مشاركته في حدوث اضطراب التنسيق التنموي / مع اضطراب نقص الانتباه (ADHD) ، وصعوبات التعلم المحددة ، واضطراب طيف التوحد ، وقد تبين كذلك تأثير الجينية المشتركة . ومع ذلك ، فإنه قد يشارك مع التوائم ، والذى قد يظهر فقط في الحالات الشديدة .

المعدلات : الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD للذين يعانون من اضطراب التنسيق التنموي ، مع إظهار مزيد من الانخفاض في قيمة الأفراد الذاتية ، الذين يعانون من إعاقة دون التنموية .

اضطراب التنسيق .

يحدث اضطراب التنسيق التنموي عبر الثقافات والأعراق والظروف الاجتماعية والاقتصادية : وبحكم فإن تعريف" أنشطة الحياة اليومية " يشير إلى الاختلافات الثقافية التى يستلزم النظر إليها في السياق الذي يعيش فيه الطفل ، فضلا عن ما إذا كان (هو / أو هي) قد حازوا الفرص المناسبة للتعلم وممارسة هذه الأنشطة .

أما الآثار الوظيفية لاضطراب التنسيق التنموي فيؤدي إلى ضعف الأداء الوظيفي في الأنشطة اليومية المعيشية (المعيار B) ، ويتم زيادة هذا الضعف مع الظروف المشاركة معه .

وتشمل عواقب اضطراب التنسيق التنموي : انخفاض المشاركة في اللعب الجماعي والألعاب الرياضية؛ وضعف احترام الذات ، والشعور بقيمة الذات؛ ومشاكل السلوك العاطفية ؛ وضعف التحصيل الدراسي؛ وضعف اللياقة البدنية ، وانخفاض النشاط البدني والسمنة .

التشخيص التفاضلي :

العاهات الحركية بسبب حالة طبية أخرى : وتنتج مشاكل في التنسيق قد تترافق مع ضعف الوظيفة البصرية ومع اضطرابات عصبية محددة (على سبيل المثال : آفات الشلل الدماغي التدريجي من المخيخ ، والاضطرابات العصبية والعضلية) . كنتائج إضافية على الفحص العصبي .

الإعاقة الذهانية (إضطراب النمو الفكري) : الإعاقة الفكرية الحاضرة ، قد تعبرعن ضعف الكفاءات الحركية وفقا لدرجة الإعاقة الذهانية . ومع ذلك ، إذا الصعوبات الحركية تتجاوز ما يمكن الاستئثار به والتى تلتقى مع الإعاقة الفكرية ، ومع معايير اضطراب التنسيق التنموي ، والذى يمكن تشخيصها أيضاً .

اضطراب نقص الانتباه : الأفراد الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD لا بد من إجراء ملاحظة دقيقة لهم عبر سياقات مختلفة للتأكد من نقص الكفاءة الحركية ، والذي ُيعزى إلى التشتت والاندفاع بدلا من اضطراب التنسيق التنموي . ويمكن أن تسهم معايير لكل من اضطراب نقص الانتباه ADHD واضطراب التنسيق التنموى ، إلى تعزيز عملية التشخيص .

اضطراب طيف التوحد : الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد قد يكونوا غير مهتمين بالمشاركة فى المهام التي تتطلب مهارات التنسيق المعقدة ، مثل الكرة الرياضية ، والمؤثرة على أداء ووظيفة الاختبار ، والذى قد لا يعكس الكفاءة الحركية الأساس لاضطراب التنسيق التنموي وطيف اضطراب التوحد الشائع ، وإذا تم استيفاء المعايير لكل من تلك الاضطرابات ، عندها يمكن أن يعطى كل التشخيصات الداعمة .

متلازمة المرونة المشتركة : وهى متلازمة تسبب ألم المفاصل (وجدت في الفحص البدني ، وغالبا مع ترتبط بالشكوى من الألم) وقد تظهر مع أعراض لاضطراب التنسيق التنموي .

الاعتلال المشترك :

الاضطرابات التي عادة ما تتزامن مع اضطراب التنسيق التنموي الذى يشمل واضطرابات الكلام واللغة ؛ واضطراب التعلم المحددة (وخاصة القراءة والكتابة)؛ ومشاكل الغفلة ، بما في ذلك اضطراب نقص الانتباه ADHD (حالة التعايش الأكثر شيوعا ، مع حوالي ٥٠ ٪ من الأعراض المشاركة في حدوثه)؛ واضطراب طيف التوحد ؛ ومشاكل التصرفات التخريبية والعاطفية ، ومتلازمة المرونة المشتركة .

مع مجموعات مختلفة قد تشارك في حدوث الحالة (على سبيل المثال : مجموعة من يعانون من اضطرابات القراءة الشديدة ، والمشاكل الحركية الدقيقة ، ومشاكل الكتابة اليدوية ؛ مع ضعف التحكم الحركى) . مع وجود اضطرابات أخرى لا تستبعد اضطراب التنسيق التنموي ، ولكن قد يجعل ذلك الاختيار أكثر صعوبة ، وربما يتعارض بشكل مستقل مع تنفيذ أنشطة الحياة اليومية ، مما يتطلب الحكم الشرعي الذى يرجع إلى ضعف المهارات الحركية .

اضطراب الحركة النمطية :

معايير التشخيص (F98.4) :

أ. المتكررة ، والمدفوعة بلا هدف سلوكى حركي (على سبيل المثال : من ناحية الهز أو تلويح الجسم الهزاز ، والضجيج ، وعض الذات ، وضرب جسده) .

ب. يتدخل السلوك الحركي المتكرر مع الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية ، أو غيرها مما قد يؤدي إلى إيذاء النفس .

ت. بداية ظهوره في فترة النمو المبكر .

ث. والسلوك الحركي المتكرر لا ينسب إلى الآثار الفسيولوجية لمادة أو لحالة عصبية ، ولا يُشخص أفضل من خلال النمو العصبي ، وأوضح من اضطراب عقلي أخرى (مثل نتف الشعر ، أو اضطراب نتف الشعر) .

تحديد ما إذا : كان يتم مع السلوك المضر بالنفس (أو السلوك الذى من شأنه أن يؤدي إلى الإصابة إذا لم تستخدم التدابير الوقائية) دون السلوك المضر بالنفس .

تحديد ما إذا : يرتبط مع حالة طبية أو وراثية معروفة ، أو اضطراب النمو العصبي ، أو العامل البيئي (على سبيل المثال : متلازمة ليش نيهان [1] ، والعجز الفكري [اضطراب النمو الفكري] ، التعرض للكحول داخل الرحم) .

ملاحظة الترميز : استخدام تعليمات برمجية إضافية لتحديد الطبية المرتبطة بها أو وراثية شرط ، أو اضطراب النمو العصبي .

تحديد شدة الحالة : يتم منعها بسهولة عن طريق التحفيز .

الأعراض الحسية أو الإلهاء : معتدل .

تتطلب الأعراض تدابير وقائية واضحة والتعديل السلوكي : معتدل .

يلزم اتخاذ تدابير وقائية ورصد مستمر لمنع خطيرة : شديد الإصابة .

إجراءات التسجيل :

اضطراب الحركة النمطية المقترن معروف بشروط طبياة أو وراثية ، واضطراب النمو العصبي ، أو العامل البيئي ، وسجل نمطية اضطراب حركة المرتبطة (اسم الشرط ، اضطراب ، أو عامل) (على سبيل المثال : النمطية اضطراب حركة المرتبطة متلازمة ليش نيهان) .

المحددات :

تتراوح المحددات من شدة الحركات النمطية الضارة غير المتمتعة بالسيطرة الذاتية ، وتتراوح من العروض خفيفة التى يتم منعها بسهولة عن طريق التحفيز الحسي / إلى الإلهاء عن التحركات المستمرة التي تتداخل بشكل ملحوظ مع جميع أنشطة الحياة اليومية .

---

(١) (مُتَلاَزِمَة ليش نيهان) **Lesch-Nyhan syndrome** الطفل الذي يأكل أطرافه وهو من الحالات المرضية النادرة التي تنشأ عن خلل موروث في الاستقلاب نتيجة لنقص أحد الإنزيمات التي تعمل على مادة البيورين **Purine** ، وبالإضافة إلى التخلف العقلي فإن المريض يشوه جسمه حين يعض أطرافه بأسنانه، وتتميز الحالة بنقص حجم الرأس **Microcephaly**، والتشنجات .

أما السلوكيات الذاتي الضارة التى تتراوح في شدتها على الأبعاد المختلفة ، بما في ذلك التأثير على سير التكيف ، الأنشطة ، والترفيه ، واللعب .

ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر : ولا يتم تفسير عجز المهارات الحركية بشكل أفضل من خلال الإعاقة الفكرية (اضطراب التنموية الفكرية) أو ضعف البصر والذى لا ُيعزى إلى الحالة العصبية التي تؤثر على حركة كل من : (على سبيل المثال : الشلل الدماغي ، ضمور العضلات) .

الخصائص التشخيصية :

يتم التشخيص الاضطراب التنموي ، من خلال توليفة سريرية للتقرير التاريخى للحالة (التنموية والطبية) ، والفحص البدني ، والمدرسى أو مكان العمل ، ويتم التقييم فردي باستخدام الصوت Psychometrically والملائم ثقافيا بالاختبارات الموحدة . أما مظهر من مظاهر ضعف المهارات التي تتطلب التنسيق الحركي وفقاً (للمعيار A) فيختلف مع التقدم في السن . وقد يتأخر الأطفال الصغار في تحقيق الإنجازات الحركية (أي الجلوس ، الزحف ، المشي) ، على الرغم من العديد من معالم تحقيق الحركية النمطية . كما أنهم قد يتأخروا في تطوير مهارات مثل صعود الدرج ، وتهديداته ، واستكمال الألغاز ، وباستخدام السحابات (السوست) . حتى عندما يتم تحقيق مهارة معينة ، قد يظهر لديهم حرج ، الإبطاء ، أو أقل دقة مما قد يفعله أقرانهم . ويمكن للأطفال الأكبر سنا والبالغين عرض الجوانب الحركية ببطء أو بعدم دقة ، مثل أنشطة تجميع الألغاز ، وبناء النماذج ، وألعاب الكرة (وخاصة في فرق) ، وفى خط اليد ، والكتابة ، أو القيام بالرعاية الذاتية .

لا يتم تشخيص اضطراب التنسيق الإنمائي إلا إذا كان هناك ضعف في المهارات التى تتداخل بشكل كبير مع الأداء ، أو المشاركة في الأنشطة اليومية في الأسرة ، وفى المجالات الاجتماعية ، والمدرسية ، أو الحياتية المجتمعية (المعيار B) .

والأمثلة على هذه الأنشطة تشمل ارتداء الملابس ، وتناول وجبات الطعام فى الأواني المناسبة للفئة العمرية ودون فوضى ، والاشتراك في الألعاب البدنية مع الآخرين ، وذلك باستخدام أدوات محددة في الصف مثل الحكام ، والمشاركة في الأنشطة الممارسة مع فريق المدرسة . والذى لا يقتصر فقط فى القدرة على تنفيذ هذه

الإجراءات ببطء وضعف ، ولكن أيضاً بصورة ملحوظة في تنفيذ أمر شائع . وأكثر ما يتأثر هى كفاءة الكتابة اليدوية ، والتى تؤثر بالتالى على وضوح أو سرعة الإنتاج المكتوب ، والذى يؤثر على التحصيل الدراسي والذى (يتميز بصعوبة محددة الصعوبة فى التركيز على عنصر حركي من مهارات الكتابة) . في البالغين ، مهارات الحياة اليومية في التعليم والعمل ، وخصوصا تلك التي هي السرعة والدقة المطلوبة ، تتأثر مشاكل التنسيق .

ينص المعيار **C** أن ظهور أعراض اضطراب التنسيق التنموي يجب أن تكون في فترة النمو المبكر : ومع ذلك ، فعادة لا يتم تشخيص اضطراب التنسيق التنموي قبل عمر (٥ سنوات) بسبب وجود تباين كبير في السن ، بين اكتساب العديد من المهارات الحركية / أو عدم استقرار القياس في مرحلة الطفولة المبكرة (على سبيل المثال : لدى بعض الأطفال) أو لأسباب أخرى قد لا تتجلى بشكل كامل .

يحدد المعيار **D** تشخيص اضطراب التنسيق التنموي يتم بشرح صعوبات التنسيق بشكل أفضل من خلال ضعف البصر أو يعزى إلى حالة عصبية . وبالتالي ، يتم فحص الوظيفة البصرية والعصبية ، ويجب تضمين التقييم التشخيصي . وإذا كانت الإعاقة الذهانية (اضطراب النمو الفكري) هى الحاضرة ، فإن الصعوبات الحركية هي التي تتجاوز المتوقع بالنسبة للعمر العقلي .

كما أن اضطراب التنسيق التنموي ليس لديه فرعية منفصلة ، ولكن قد تنخفض قيمتها في الغالب لدى الأفراد في المهارات الحركية أو في المهارات الحركية الدقيقة ، بما في ذلك مهارات الكتابة اليدوية .

وتشمل المصطلحات الأخرى المستخدمة لوصف اضطراب التنسيق التنموي لخلل أداء الطفولة ، واضطراب التنموية المحدد الناتج من وظيفة الحركة ، ومتلازمة الطفل الأخرق .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

بعض الأطفال الذين يعانون من أعراض اضطراب التنسيق التنموي ، والنشاط الحركي ، مثل حركات رقصي الشكل ، ويشار إلى هذه الحركات " بالتجاوز " على أنها علامات عصبية لينة للنمو العصبي ، أو بدلا من التشوهات العصبية سواء في كل من

الأدب الحالي ، أو الممارسة السريرية ، والذى لا يزال دوره غير واضح في التشخيص ، ويحتاج إلى مزيد من التقييم .

معدل الانتشار Prevaience :

معدل انتشار اضطراب التنسيق في النمو لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ٥-١١ سنة هو ٥ -٦ ٪ (وذلك مع الأطفال في سن ٧ سنوات ، ويتم تشخيص ١,٨ ٪ مع اضطراب التنسيق التنموي الشديد و٣ ٪ مع الاضطراب المحتمل للتنسيق الإنمائي) وقد يتأثر الذكور أكثر/ من الإناث ، بنسبة (female 2) : male 1 لصالح الإناث .

دورة النمو :

مسار اضطراب التنسيق التنموي هو متغير ولكن مستقرة على الأقل سنة واحدة من المتابعة . على الرغم من أنه قد يكون هناك تحسن في المدى الطويل ، ومشاكل مع منسقة مواصلة التحركات حتى نهاية فترة المراهقة في ما يقدر ب ٥٠ -٧٠ ٪ من الأطفال . بداية في مرحلة الطفولة المبكرة . قد تكون معالم الحركية تأخر الإشارات الأولى ، أو مع حدوث الاضطراب لأول مرة عندما يحاول الطفل القيام بالمهام مثل حمل سكينا وشوكة ، وتزرير الملابس ، أو يلعبون الكرة .

وقد يواجهوا صعوبات في مرحلة الطفولة المتوسطة مع الجوانب الحركية ، وتجميع الألغاز ، ونماذج بناء ، ولعب الكرة ، والكتابة اليدوية ، وكذلك عندما يطلب التسلسل الحركي والتنسيق .

في مرحلة البلوغ المبكر : هناك صعوبة في تعلم المهام الجديدة المستمرة ، والتي تنطوي على المهارات الحركية التلقائية ، بما في ذلك القيادة واستخدام الأدوات . وقد يواجهون عدم القدرة على تدوين الملاحظات ويكتبون بسرعة قد تؤثر على الأداء في مكان العمل ، والذى يشارك في حدوثه اضطرابات أخرى (مشتركة مع هذا الاضطراب) والتي لها تأثير إضافي على الأعراض ، وبطبيعة الحال على النتيجة .

المخاطر والعوامل المنذرة :

البيئية : اضطراب التنسيق التنموي هو التالي لما قبل الولادة ، والأكثر شيوعا مع التعرض للكحول وعند الخدج [١] وانخفاض الوزن عند الولادة الأطفال .

---

(١) يشير الخدج إلى انخفاض وزن لأطفال عند الولادة بالنسبة للمعايير العالمية .

الجينية والفسيولوجية : ضعف في عمليات النمو العصبي الأساس ، وخاصة في المهارات البصرية والحركية ، سواء في الإدراك البصري الحركي والمكاني الذى تم العثور عليه ، وبما يؤثر على القدرة فى إجراء تعديلات حركية سريعة ومعقدة .

تزايد الحركات المطلوبة : ويتضح مع الاختلال الوظيفي للدماغ ، وتفسر العصبية على أساس رصد اضطراب التنسيق الإنمائي ، والذى لا يزال غير واضح . وذلك بسبب المشاركة في حدوثه مع كل من : اضطراب التنسيق التنموي مع اضطراب نقص الانتباه (ADHD) ، صعوبات التعلم المحددة ، واضطراب طيف التوحد ، والتأثير الجيني المشترك .

ومع ذلك ، فقد تتضح تلك الأعراض المشاركة فى حدوثه - مع التوائم - والذى يظهر فقط في الحالات الشديدة .

المعدلات : الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه ADHD ويعانون من اضطراب التنسيق التنموي قد يظهرون المزيد من الانخفاض في القيمة الذاتية / عنها مع الأفراد الذين يعانون من اعاقات فى النمو .

اضطراب التنسيق :

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافى :

يحدث اضطراب التنسيق التنموي عبر الثقافات والأعراق المتأثرة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية . وبحكم تعريف اضطراب التنسيق التنموي المختص بـ " أنشطة الحياة اليومية" ما ينبغى معه الأخذ بالاختلافات الثقافية ، كما يستلزم النظر في السياق الذي يعيش فيه الطفل ، فضلا عن ما إذا كان (هو / أو هي) قد تم زيادة الفرص المناسبة له لتعلم وممارسة هذه الأنشطة .

الآثار الوظيفية لاضطراب التنسيق التنموي اضطراب التنسيق التنموي يؤدي إلى ضعف الأداء الوظيفي في الأنشطة اليومية المعيشة (المعيار B) ، ويتم زيادة ضعف مع الظروف التي تحدث المشارك . وتشمل عواقب اضطراب التنسيق التنموي انخفاض المشاركة في اللعب الجماعي والألعاب الرياضية؛ تدنى احترام الذات والشعور بخفض قيمة الذات ؛ ومشاكل السلوك العاطفية ؛ وضعف التحصيل الدراسي ؛ وضعف اللياقة البدنية ، وانخفاض النشاط البدني والسمنة .

التشخيص التفاضلي :

العاهات الحركية بسبب حالة طبية أخرى : مشاكل في التنسيق قد تترافق مع ضعف وظيفة البصرية واضطرابات عصبية محددة (على سبيل المثال : آفات الشلل الدماغي التدريجي من المخيخ ، الاضطرابات العصبية والعضلية) . وفي مثل هذه الحالات ، هناك نتائج إضافية ناتجة عن الفحص العصبي .

الإعاقة الذهانية (إضطراب النمو الفكري) : الإعاقة الفكرية الحاضرة ، قد تُشير إلى ضعف الكفاءات الحركية وفقا للإعاقة الذهانية .

ومع ذلك ، إذا كانت الصعوبات الحركية تتجاوز ما يمكن ما يستأثر به / فقد تلتقي الإعاقة الفكرية ، مع معايير اضطراب التنسيق التنموي / والتي يمكن تشخيصها أيضاً مع اضطراب التنسيق التنموي .

اضطراب نقص الانتباه : الأفراد الذين يعانون من ADHD قد يعانوا من مشكلات تتصل بالملاحظة -غير الدقيقة - والتي تتم عبر سياقات مختلفة للتأكد من أن نقص الكفاءة الحركية يعزى إلى التشتت والاندفاع ، بدلا من اضطراب التنسيق التنموي . وإذا كانت معايير كل من اضطراب الانتباه ADHD تلتقى مع اضطراب التنسيق ، عندها يمكن أن يعطى كل تشخيص على حدة .

اضطراب طيف التوحد : الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد قد يكونوا غير مهتمين في المشاركة في المهام التي تتطلب مهارات التنسيق المعقدة ، مثل لعب الكرة ، والتي سوف تؤثر على أداء الاختبار الوظيفى ، ولكن لا تعكس أسس الكفاءة الحركية .

كما يجب أن يعطى كل من تشخيصات اضطراب التنسيق التنموي / وطيف التوحد اضطراب الشائع . إذا تم استيفاء المعايير لكل منهم .

متلازمة المرونة المشتركة : الأفراد مع متلازمة المرونة المشتركة ، قد يتأثروا بألم المفاصل (والتى وجدت في الفحص البدني ، وغالبا مع الشكوى من الألم) وقد تقدم تلك المتلازمة أعراض مشابهة لتلك التي توجد مع اضطراب التنسيق التنموي .

الاعتلال المشترك :

عادة ما تتزامن الاضطرابات مع اضطراب التنسيق التنموي ، وتشمل الكلام واضطرابات اللغة؛ واضطرابات التعلم المحدد (وخاصة القراءة والكتابة)؛ ومشاكل الغفلة ، بما في ذلك اضطراب الانتباه ADHD (وهى حالة أكثر شيوعا ، مع حوالي ٥٠ ٪)؛ بالتعايش مع اضطراب طيف التوحد؛ التصرفات التخريبية ، والمشاكل العاطفية ، ومتلازمة المرونة المشتركة .

وتحدث لدى مجموعات مختلفة ، وقد تكون حالية (على سبيل المثال : مجموعة ممن يعانون من اضطرابات شديدة فى القراءة ، ومشاكل الحركية الدقيقة ، ومشاكل الكتابة اليدوية ؛ مع كتلة أخرى من ضعف الحركة) .

كما توجود اضطرابات أخرى لا تستبعد اضطراب التنسيق التنموي ولكن تشخيصها قد يكون أكثر صعوبة ، وربما يتعارض بشكل مستقل مع تنفيذ أنشطة الحياة اليومية ، مما يتطلب قد يتطلب إرجاعها إلى ضعف المهارات الحركية .

اضطراب الحركة النمطية :

معايير التشخيص (F98.4) :

أ. الحركات المتكررة ، مدفوعة على ما يبدو بلا هدف سلوكى حركي (على سبيل المثال : ومن ناحية الهز أو التلويح ، مع هز الجسم ، وضجيج رئيس ، وعض الذات ، وضرب جسده) .

ب. يتدخل والسلوك الحركي المتكررة مع الأنشطة الاجتماعية والأكاديمية ، أو غيرها ممن قد يؤدي إلى إيذاء النفس .

ت. بداية ظهوره في فترة النمو المبكر .

ث. السلوك الحركي المتكرر لا ينسب إلى الآثار الفسيولوجية لمادة أو لحالة عصبية ، ولا يتم تشخيصه أفضل من خلال النمو العصبي ، أو اضطراب عقلي (مثل نتف الشعر [اضطراب نتف الشعر] .

ج. تحديد ما إذا : يتم مع السلوك المضر بالنفس (أو سلوك من شأنه أن يؤدي إلى الإصابة) أو دون إلحاق سلوك مضر بالنفس .

تحديد ما إذا : يرتبط مع حالة طبية أو وراثية معروفة ، اضطراب النمو العصبي ، أو العامل البيئي (على سبيل المثال : متلازمة ليش نيهان ، والعجز الفكري [اضطراب النمو الفكري] ، التعرض للكحول داخل الرحم) ملاحظة الترميز : استخدام تعليمات برمجية إضافية لتحديد الحالة الطبية المرتبطة بها أو الوراثية ، أو اضطراب النمو العصبي .

تحديد شدة الحالة :

- يتم منعها بسهولة عن طريق تحفيز الأعراض الحسية أو الهاء : معتدل .
- تتطلب الأعراض تدابير وقائية واضحة للتعديل السلوكي : معتدل .
- يلزم اتخاذ تدابير وقائية ورصد مستمر لمنع الأحداث الخطيرة : شديد .
- إذا تم التعرض للإصابة .

إجراءات التسجيل :

يقترن اضطراب الحركة النمطية ، بحالات طبية أو وراثية ، وباضطراب النمو العصبي ، أو العامل البيئي ، وسجل اضطراب الحركة النمطية إرتبطاً (بعوامل الاضطراب) (على سبيل المثال : اضطراب الحركة النمطية المرتبطة بمتلازمة ليش / نيهان) .[1]

المحددات :

شدة الحركات النمطية الضارة غير المتمتعة بالسيطرة الذاتية ، والتى تتراوح بين العروض الخفيفة التى يتم منعها بسهولة عن طريق التحفيز الحسي أو الهاء بتحركات مستمرة ، والتي تتداخل بشكل ملحوظ مع جميع أنشطة الحياة اليومية . أما السلوكيات الذاتية الضارة، والتى تتراوح في شدتها على طول أبعاد مختلفة ، بما في ذلك التردد ، والتأثير على سير عملية التكيف ، وشدة الإصابة الجسدية (من كدمات خفيفة أو ضرب باليد مقابل الجسم ، أو تمزقات أو بتر أرقام ..) .

---

(١) متلازمة (ليش / نيهان). خلل وراثي في أيض حمض البوليك، ويظهر سريريا خلال ضعف العضلات . داء الرقص الكنعي. وتخلف عقلي، وضرر الذاتي للشفاه والأصابع وقد يؤدي إلى بيلة دموية، حصوة كلوية، والتهاب في المفاصل والنقرس. ليش ميخائيل، طبيب أمريكي ولد عام ١٩٣٩. نيهان وليام طبيب أمريكي. ميامي ١٩٢٩.

الخصائص التشخيصية :

الميزة الأساس من اضطراب الحركة النمطية غير المتكررة ، المدفوعة على ما يبدو ، بالسلوك الحركي غير الهادف (المعيار A) . تلك السلوكيات غالبا ما تكون حركات إيقاعية من الرأس واليدين والجسم أو من دون وظيفة تكيف واضحة . وهذه الحركات (قد / أو قد لا) تستجيب للجهود المبذولة لوقفها .

وعادة ما يظهر الأطفال حركات متكررة قد تتوقف إلا عندما يتم توجيه الانتباه إليهم . والذى ينتشر كذلك بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات العصبية النمائية ، وعادة ما تكون تلك السلوكيات أقل استجابة لهذه الجهود ، وفي حالات أخرى ، قد يظهر الفرد سلوكيات التقييد الذاتي (على سبيل المثال : يجلس على يديه ، إظهار جهاز الحماية الذاتية Self-protection) . وغيرها من السلوكيات المتغيرة ؛ ويقدم كل فرد ذلك بالتناسق مع حضارته بشكل فردي ، ووفقاً للسلوك الاجتماعى المتوقع .

أما الأمثلة الذاتية النمطية غير الضارة فتشمل الحركات - ولكن ليس على سبيل الحصر - مثل هزاز الجسم ، والخفقان الثنائي أو دورية حركات اليد ، أو يرفرف الأصابع أمام وجهه ، والتلويح بالذراع ، وإيماء الرأس .

كما تشمل السلوكيات الذاتية النمطية الضارة - وليس على سبيل الحصر - كل من الضجيج المتكرر ، وصفع الوجه وعض الأيدي . وقد يحدث ذلك بشكل متكرر أكثر بين الأطفال ضعاف البصر . ويمكن الجمع بين الحركات المتعددة (على سبيل المثال : تصويب الرأس ، هزاز الجذع ، يلوح سلسلة صغيرة متكررة أمام وجهه) .

وقد تحدث الحركات النمطية عدة مرات خلال يوم واحد ، وقد تستمر بضع ثوان ، أو لعدة دقائق أو أكثر . ويمكن أن تختلف عبر العديد من الحوادث في يوم واحد / ولعدة أسابيع تفصل بين الحلقات .

وتختلف السلوكيات تختلف في السياق ، الذى تحدث فيه عندما يكونوا منهمكين في أنشطة أخرى ، أو عندما يتحمس بشدة ، أو عند شعوره بالإرهاق ، أو الملل .

المعيار **A** يتطلب أن تكون حركات الفرد "على ما يبدو" بلا هدف : ومع ذلك ، فإن البعض يمكن أن يقدموا وظائف من قبل الحركات . على سبيل المثال : قد تحد الحركات النمطية من القلق ردا على الضغوطات الخارجية .

المعيار B ينص على أن الحركات النمطية تتداخل مع العوامل الاجتماعية ، والأكاديمية ، أو مع غيرها من الأنشطة ، لدى بعض الأطفال ، والذى قد يتسبب في إصابة الذات (مع عدم استخدام تدابير وقائية) .

وإذا كان إيذاء الذات هو الحاضر ، عندها ينبغي ترميز ذلك باستخدام محدد ، وقد تبدأ تلك الحركات النمطية في فترة النمو المبكر (المعيارC) .

المعيار D يذكر أن الحركات المتكررة ، والسلوك النمطي في اضطراب الحركة النمطية : لا ينسب إلى الآثار الفسيولوجية للمادة أو الحالة العصبية / ولا يفسر بصورة أفضل من خلال النمو العصبي أو اضطراب عقلي آخر . وقد يشير اضطراب الحركات النمطية مشكلة عصبية نمائية لم يتم كشفها ، وخاصة في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ١-٣ سنوات .

معدل الانتشار Prevalende :

الحركات النمطية البسيطة (مثل الهزاز) عادة ما يكون شائعاً في الأطفال الصغار : أما الحركات النمطية المعقدة فهي أقل شيوعا بكثير (والتي تحدث في حوالي ٣ -٤٪) . بين ٤ ٪ و١٦ بين الأفراد المعاقين فكرياً (اضطراب التنمية الفكرية) مما يترتب عليه الدخول فيسلوكيات نمطية ، أو إيذاء الذات .

كما أن المخاطر قد تكون أكبر في الأشخاص الذين يعانون إعاقة ذهانية شديدة ، أو بين الأفراد من ذوي الإعاقة الذهانية ، وقد تصل النسبة إلى ١٠ -١٥ ٪ مع اضطراب الحركة النمطية مع إيذاء النفس .

دورة النمو :

تبدأ الحركات النمطية عادة في غضون الثلاث سنوات الأولى من الحياة : وتبدو الحركات النمطية البسيطة شائعة في مرحلة الطفولة ، ويمكن أن تشارك في تطور الحالة .

أما في الأطفال الذين يصابون بالنمطية الحركية المعقدة ، فهم ما يقرب من ٨٠ ٪ وتظهر عليهم الأعراض (قبل ٢٤ شهرا) من العمر ، ١٢ ٪ بين ٢٤ و٣٥ شهرا ، و٨ ٪ خلال ٣٦ شهرا أو أكثر .

وعادة ما يتم ترك الأطفال مع هذه الحركات لحل مع مرور الوقت أو يمكن قمعها ، وقد تكون البداية نمطية حركية معقدة في مرحلة الطفولة أو في وقت لاحق من

فترة النمو . والتي قد تستمر لسنوات بين الأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية ، والسلوكيات النمطية المضرة بالنفس ، وعلى الرغم من أن نمط إيذاء النفس قد يتغير .

المخاطر والعوامل المنذرة :

البيئية : والعزلة الاجتماعية هي عامل خطر لتحفيز الذات ، والذى قد يتطور مع الحركات النمطية المتكررة مع الإصابة الذاتية . وقد يؤدي الإجهاد البيئي أيضاً إلى السلوك النمطي ، والخوف من تيغيير الحالة الفسيولوجية ، مما قد يؤدي إلى زيادة تواتر تلك السلوكيات النمطية .

العوامل الجينية والفسيولوجية : يرتبط انخفاض الأداء الإدراكي لمخاطر أكبر لنمطية السلوكيات واستجابة للتدخلات الضعيفة . وتعد الحركات النمطية الأكثر تواترا بين الأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية moderate-to-severe أو profound ، والذين يعانون من قبل بمتلازمة معينة (على سبيل المثال : متلازمة ريت) أو العامل البيئي (على سبيل المثال : بيئة مع تحفيز غير كافي نسبيا) والذى قد يكون في خطر أعلى مع السلوك النمطي المتكرر ، والذى قد يشكل سلوكاً مضر بالنفس ، أو بالنمط السلوكى الظاهري المصحوب بمتلازمات عصبية وراثية . وعلى سبيل المثال : في متلازمة ليش نيهان (أحد اضطرابات الناتجة عن الولادة المبكرة) ، وذلك على حد سواء مع الحركات النمطية من الأصابع ، والشفاه ، والعض ، وغيرها من أشكال إيذاء النفس ما لم يتم ضبط سلوك الفرد ، وكذلك مع (متلازمة ريت ومتلازمة كورنيليا دي لانج) ، وهو ما قد يؤدي إلى إصابة الذات من من ناحية الى الفم النمطي . وقد تنجم السلوكيات النمطية عن حالة طبية مؤلمة (على سبيل المثال : عدوى الأذن الوسطى ، ومشاكل الأسنان ، والجزر المعدي المريئي) .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية :

اضطراب الحركة النمطية : مع أو / من دون وقوع إصابات للذات ، والذى يحدث في جميع الأجناس والثقافات . وقد يؤدي التشخيص المتأخر إلى ظهور مواقف ثقافية تجاه السلوكيات غير العادية، مثل التسامح الثقافي ، والمواقف تجاه الحركة النمطية المختلفة ، والتى يجب أخذها بعين الاعتبار .

التشخيص التفاضلي :

التطور الطبيعي : الحركات النمطية البسيطة الشائعة في مرحلة الطفولة المبكرة ، قد تحدث هزاز في الانتقال من النوم إلى التيقظ ، وهو السلوك الذي عادة ما يحل مع تقدم العمر .

أما النمطية المعقدة فهي أقل شيوعا في البلدان النامية عادة الأطفال والتى عادة ما يمكن قمعها من قبل إلهائها بالحواس . ونادراً ما يتأثر الفرد نادرا بالروتين اليومي ، ولا تسبب الحركات - عموما - استغاثة الطفل ، وقد لا يكون التشخيص مناسبا في هذه الظروف .

اضطراب طيف التوحد : قد يشمل الحركات النمطية ، وأعراض تقديم اضطراب طيف التوحد ، وينبغي أخذها في الاعتبار عند بدء الحركات والسلوكيات المتكررة التى يتم تقييمها .

أما العجز فى التواصل الاجتماعى والمعاملة بالمثل فيظهر في اضطراب طيف التوحد الغائب عموما في مع اضطراب الحركة النمطية ، والتفاعلات والاتصالات الاجتماعية .

كما يتم التمييز بين السلوكيات المتكررة والمصالح الجامدة ، ويتم التمييز بين تلك الخصائص عندما يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد الحاضر ، وتشخيص الحركة النمطية للاضطراب فقط عندما يكون هناك إيذاء للنفس ، أو عندما تكون السلوكيات النمطية شديدة بما فيه الكفاية لتصبح مركزا للعلاج .

اضطرابات التشنج :

عادة ، ما تبدأ الحركات النمطية فى سن مبكرة غالباً (قبل ٣ سنوات) من بدء التشنجات اللاإرادية ، والتي لديها متوسط عمر عند بداية ٥-٧ سنوات ، وهذه التشنجات متسقة وثابتة في حياتهم كنمط مقارن مع التشنجات اللاإرادية ، وقد تنطوى النمطية على الذراعين واليدين ، أو كامل الجسم ، بينما تشمل العرات (اللازمات) عادة العينين ، الوجه والرأس والكفين ، وهو أكثر ثباتا ، ونمطية إيقاعية ، وفترات طويلة في مدة من التشنجات اللاإرادية ، والتي هى - بشكل عام - قصيرة وسريعة ، بشكل عشوائي ، ومتقلب ، أما التشنجات اللاإرادية النمطية فيتم تخفيضها .

الوسواس القهري واضطرابات ذات الصلة : اضطراب الحركة النمطية هو المميز من الوسواس القهري (OCD) بسبب عدم وجود الهواجس ، وكذلك طبيعة السلوكيات المتكررة .

ويشعر الفرد في الوسواس القهري بأنه مدفوعاً لأداء سلوكيات متكررة استجابة لهاجس أو وفقا للقواعد التي يجب تطبيقها بشكل صارم ، في حين أنه يبدو مع اضطراب حركة السلوكيات النمطية كأنه مدفوعاً ولكن بلا هدف .

يتميز اضطراب نتف الشعر وسحجة (بقطف الجلد) وبواسطة السلوكيات المتكررة التي تركز على الجسم (أي ، سحب الشعر والجلد قطف) وقد يكون الدافع وراء ذلك على ما يبدو بلا هدف .

وعلاوة على ذلك ، فإن بداية ظهور أعراض نتف الشعر واضطراب سحجة لا يعد عادة في فترة النمو المبكر ، ولكنه قد يبدأ فى سن البلوغ أو في وقت لاحق .

الظروف العصبية والطبية الأخرى : يتطلب تشخيص الحركات النمطية استبعاد العادات ، والسلوكيات ، وخلل الحركة الانتيابي ، ووراثية الرقص الحميدة . وهناك تاريخ لنمو العصبية والفحص المطلوب لتقييم ميزات موحية بالاضطرابات الأخرى ، مثل رمع عضلي ، وخلل التوتر ، والتشنجات اللاإرادية ، والرقص اللا إرادي المصحوب بالحركات المتصلة بحالة عصبية ، يمكن تمييزها بين علامات الأعراض المصاحبة . على سبيل المثال : والحركات النمطية المتكررة مع خلل الحركة المتأخر ، والتي يمكن تمييزها من قبل تاريخ بدء ذهان مزمن ومميز عن طريق علامات فى الفم أو الوجه ، وخلل الحركة أو الجذع أو الأطراف ، والحركات غير النظامية .

وهذه الأنواع من الحركات لا تؤدي إلى إيذاء النفس : ويتم تشخيص اضطراب الحركة النمطية غير المناسبة لتكرار قطف أو خدش الجلد المرتبط بتسمم الأمفيتامين أو الاعتداء (وعلى سبيل المثال : يتم تشخيص المرضى الذين يعانون من المادة التي يسببها دواء الوسواس القهري وما يتصل به اضطراب) وتكرار الحركات رقصية والمرتبطة بالاضطرابات العصبية الأخرى .

الاعتلال المشترك :

قد يحدث اضطراب الحركة النمطية بمثابة تشخيص أولي أو ثانوي لآخر اضطراب : وعلى سبيل المثال : تعد تلك النمطية مظهراً شائعاً مع مجموعة متنوعة من الاضطرابات العصبية الوراثية ، مثل متلازمة ليش نيهان ، ومتلازمة ريت ، ومتلازمة X الهش ، ومتلازمة كورنيليا دي لانج ، ومتلازمة سميث Magenis . لاضطراب الحركة النمطية المشارك مع حدوث حالة طبية أخرى على حد سواء .

معايير التشخيص :

ملاحظة : A التشنج يظهر بصورة مفاجئة وسريعة ، ومتكررة ، وقد يشمل اضطراب الحركة أو النطق .

اضطراب توريت (**F95.2**) . وقد ينتج عن واحد أو متعدد من التشنجات اللاإرادية الحاضرة ، أو التى أكثر صخبا في وقت ما خلال المرض ، وإن لم يكن بالضرورة في الوقت نفسه .

B . التشنجات اللا إرادية قد تضعف في التردد ولكنها تستمر (لأكثر من سنة واحدة) منذ بداية التشنج الأول ، والذى قد يبدأ قبل سن ١٨ عاما .

D . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو حالة طبية أخرى (على سپيل المثال : مرض هنتنجتون ، والتهاب الدماغ Postviral) . أما الحالة الثابتة (المزمنة) فقد تحدث اضطرابات متعددة من العرات الصوتية أثناء المرض ، ولكن قد لا ترتبط على حد سواء الحركية والصوتية .

B . التشنجات اللاإرادية قد تضعف في التردد ولكنها تستمر لأكثر من سنة واحدة ، منذ بداية التشنج الأول ، والتى تبدأ قبل سن ١٨ عاما .

D . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو حالة أخرى طبية (على سبيل المثال : مرض هنتنجتون ، والتهاب الدماغ Postviral) .

لم يتم الوفاء E . معايير اضطراب توريت . تحديد ما إذا : -

- مع العرات الحركية فقط .
- مع العرات الصوتية فقط

اضطراب التشنج المؤقت (F95.0) :

A . سواء كان واحداً / أو متعدد المحركات أو مصاحباً للعرات الصوتية .

B. وفق هذا المعيار فإن التشنجات اللاإرادية الحاضرة تدوم (لأقل من سنة واحدة) منذ بداية التشنج الأول . وقد يبدأ كذلك قبل سن ١٨ عاما .

D . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو حالة أخرى طبية (على سبيل المثال : مرض هنتنجتون ، والتهاب الدماغ Postviral) .

E . معايير متلازمة توريت للاضطراب الثابتة (المزمن) أو المتحرك والذى يحدث صخب التشنج .

المحددات : يتحدد فقط مع " العرات الحركية فقط " أو" العرات الصوتية فقط" كمحدد للاستمرار (المزمن) لاضطراب العرة الصوتية .

الخصائص التشخيصية :

تشمل اضطرابات العرة أربع فئات للتشخيص : اضطراب توريت ، الثابت (المزمن) المحرك لاضطراب العرة الصوتية ، اضطراب التشنج المؤقت ، والأخرى المحددة / وغير المحددة لاضطرابات التشنج . ويستند التشخيص لأي اضطراب عرة على وجود محرك صوتي للعرات (المعيار A) ، ومدة الأعراض لظهور التشنج وفقاً (للمعيار B) عند بداية العمر (المعيار C) ويحدد غياب من أي الأسباب المعروف مثل حالة طبية أخرى أو باستخدام مادة (المعيار D) .

اضطرابات التشنج الهرمي في النظام (أي اضطراب توريت ، تليها المستمرة [المزمنة] أو المحرك لاضطراب العرة الصوتية ، تليها اضطرابات التشنج المؤقت ، تليها الاضطرابات الأخرى المحددة / وغير المحددة) ، وبمجرد ظهور اضطراب التشنج في مستوى واحد ، يتم تشخيصه وفقاً للتسلسل الهرمي من الأعلى إلى الأقل هرمية من التشخيص (المعيار E) .

التشنجات اللاإرادية وهي مفاجئة وسريعة ، مع حركات أو ألفاظ متكررة Nonrhythmic ، وقد يعانى الفرد من مختلف أعراض التشنج مع مرور الوقت ، ولكنه في أي نقطة من الوقت قد يطلق ذخيرة التشنج بطريقة مميزة . وعلى الرغم من التشنجات اللاإرادية التى يمكن أن تشمل أي مجموعة من العضلات ، أو النطق ، مع

بعض أعراض التشنج ، مثل ومض العين ، أو تطهير (استفراغ) الحلق ، الشائع مع المرضى . وتحدث العرات عموما بصورة لا إرادية / ولكن يمكن أن يمكن قمعها طوعاً لفترات متفاوتة من الزمن .

يمكن أن تكون العرات إما بسيطة أو معقدة : العرات الحركية البسيطة لمدة قصيرة (أي مللي / ثانية) يمكن أن تشمل ومض العين والكتف الاستهجان ، وتمديد الأطراف . وتشمل العرات الصوتية البسيطة تطهير الحلق ، والاستنشاق ، وغالبا ما ينجم الشخير عن انكماش الحجاب الحاجز أو عضلات البلعوم .

العرات الحركية المعقدة تستمر فترة أطول نسبياً وتصل إلى مدة (ثانية واحدة) وغالبا ما يكون المزيج من تلك التشنجات اللاإرادية البسيطة تحدث معاً في وقت واحد / من تحول الرأس والكتف الاستهجان .

وقد تشمل العرات الصوتية المعقدة المكررة أو بعبارة (لجلجة) ، أو تكرار الكلمة الأخيرة أو سماع عبارة (لفظ صدوي) ، أو التفوه - اجتماعيا - أو بكلمات غير مقبولة ، بما في ذلك الافتراءات العرقية أو العنصرية .

الأهم من ذلك ، هو بذاء النباح الحاد والمفاجئ ، أو نخر الكلام الذى يفتقر إلى علم عروض الكلام غير المناسب ، والملحوظ في التفاعلات البشرية . مع وجود المحرك أو العرات الصوتية التى تختلف عبر أربعة من اضطرابات التشنج (المعيارA) .

أما مع اضطراب توريت [1] ، فيجب أن يكون كل من المحرك والعرات الصوتية حاضرة ، في حين أن الاستمرار (المزمن) المحرك لاضطراب العرة الصوتية والحركية / أو العرات الصوتية قد يشير إلى اضطراب التشنج المؤقت .

معيار الحد الأدنى / مدة سنة واحدة (المعيار **B**) ويشخص الأفراد مع اضطراب توريت أو الثابت (المزمن) والمحرك لاضطراب العرة الصوتية المستمر ، وبعض الأفراد

---

(١) متلازمة توريت (**Tourette syndrome :**) هي عبارة عن خلل عصبي وراثي يظهر منذ الطفولة المبكرة تظهر أعراضه على شكل حركات عصبية لاإرادية، وهى متلازمة يصحبها متلازمات صوتية متكررة. كانت متلازمة توريت تعتبر مرض أو عرض غريب شاذ نادر خاصة أنه يصحبه في العادة ألفاظ بذيئة تخرج بشكل لا إرادي، إلا أن ذلك العرض نادر مع مصابي المرض.

لديهم فترات خالية من التشنج قد يصل من أسابيع إلى أشهر ، ولكن الفرد الذي يتعرض للتشنج (أكبر من سنة واحدة) - منذ أول ظهور للتشنج - سيعتبر بأن تكون تلك الأعراض مستمرة ، بغض النظر عن مدة الفترات الخالية من التشنج .

بالنسبة للفرد مع المحرك أو العرات الصوتية (أقل من سنة واحدة) منذ بداية التشنج الأول ، وهو ما يعرف بالتشنج المؤقت . ولا توجد مواصفات أخرى لمدة محددة وغير محددة لاضطرابات التشنج ، ويجب أن تحدث التشنجات اللاإرادية قبل سن ١٨ سنة (المعيار C) .

وتبدأ اضطرابات التشنج عادة في الفترة السابقة للبلوغ ، وذلك مع متوسط عمر بداية (بين ٤ و٦) سنوات ، ومع حدوث بداية جديدة لاضطرابات التشنج / والتى يحدث بعدها تناقص في سنوات المراهقة .

أما ظهور أعراض التشنج الجديد في مرحلة البلوغ فهي نادرة جدا ، وغالباً ما ترتبط بتناول الأدوية والمخدرات (على سبيل المثال : استخدام الكوكايين المفرط) أو نتيجة لإهانة الجهاز العصبي المركزي (على سبيل المثال : التهاب الدماغ Postviral) .

وعلى الرغم من ظهور التشنج الشائع لدى المراهقين والبالغين ، فمن ليس من غير المألوف بالنسبة للمراهقين والبالغين تقديم تقييم التشخيص الأولي بعناية ، وعند التقييم ينبغى توفير تاريخ ظهور الأعراض الخفيفة ، والتى غالباً ما تعود إلى مرحلة الطفولة .

أما البداية الجديدة للتحركات غير الطبيعية ، وينبغي أن يؤدي إلى تقييم لاضطرابات الحركة الأخرى أو عن الناتجة عن مسببات معينة . ولا يمكن أن تعزى أعراض التشنج إلى التأثيرات الفسيولوجية للمادة أو لآخر حالة طبية (المعيار D) . وعندما تكون هناك أدلة قوية من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المختبرية حول السبب المحتمل لاضطراب التشنج ، فيجب استخدام تشخيص اضطراب التشنج الآخر المحدد .

ولو اجتمعت المعايير التشخيصية لاضطراب توريت - في وقت سابق - بما ينفي تشخيصه مع اضطراب العرة الصوتية الثابت (المزمن) (المعيار E) .

وبالمثل ، فإن التشخيص السابق الثابت (المزمن) المحرك لاضطراب العرة الصوتية ، قد ينفي تشخيصه باضطراب التشنج المؤقت أو غير المحدد ، أو مع اضطراب العرة غير محدد (المعيار E) .

معدل الانتشار Prevalende :

العرات الشائعة في مرحلة الطفولة عابرة في معظم الحالات : حيث يبلغ معدل الانتشار المقدر اضطراب توريت بما يتراوح بين (٣-٨ لكل ١،٠٠٠) لدى الأطفال في سن المدرسة . كما أن الذكور أكثر تأثراً عادة من الإناث ، مع نسب متفاوتة من (٢: ٠١ حتي ٠٤ : ٠١) ووفق دراسة استقصائية وطنية في الولايات المتحدة يقدر معدل الانتشار بـ (٣ لكل ١ ، ٠٠٠) من الحالات التي تم تحديدها سريريا . وكان تردد عدد الحالات المحددة أقل بين الأميركيين الأفارقة من أصل أسباني والأمريكيين ، والذين قد تكون لهم علاقة بالاختلافات في الحصول على فرص كاملة للرعاية المتكاملة .

دورة النمو :

ظهور العرات عادة بين الأعمار ٤ و٦ سنوات : وقد تصل شدة الذروة للذين تتراوح أعمارهم بين ١٠ و١٢ عاما ، مع انخفاض في شدتها خلال فترة المراهقة . الكثير مع البالغين الذين يعانون من اضطرابات التشنج ، وهناك نسبة صغيرة من الأفراد يعانوا باستمرار شديد مع تفاقم الأعراض في مرحلة البلوغ .

أعراض التشنج إظهار بالمثل في جميع الفئات العمرية وعبر العمر : ويشار إليه - بعرات التشمع - وقد يضعف في شدته أو يحدث تغييراً في مجموعات العضلات المتضررة ، أو مع الألفاظ الصادرة مع مرور الوقت .

ويبدأ تعرض الأطفال ، لتلك العرات المرتبطة بمنذر بضجة جسدية كبيرة ، والتي تسبق الشعور بالتوتر التالي بالتعبير عن التشنج . كما ترتبط التشنجات اللاإرادية بالرغبة المنذرة "غير الطوعية " لا يمكن مقاومتها . كما يشعر الفرد قد يشعر أيضاً بالحاجة إلى إجراء التشنج بطريقة معينة أو تكرار ذلك ، كما لو أن القيام بالتشنج مجرد حق .

ويحدث ضعف تطوير هذه الظروف إلى إحداث تغييرات لدى الأفراد المشاركين ، على سبيل المثال : الأطفال - قبل للبلوغ - هم أكثر عرضة لتجربة الأطفال

الذين يعانون من اضطرابات التشنج ، اضطراب نقص الانتباه (ADHD) ، واضطراب الوسواس القهري (OCD) ، واضطراب قلق الانفصال لدى المراهقين والبالغين ، الذين هم أكثر احتمالا للتعرض لبداية جديدة من اضطراب اكتئاب كبير ، واضطرابات تعاطي المخدرات ، أو الاضطراب ثنائي القطب .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : تفاقم التشنجات اللاإرادية التي كبتها القلق ، والإثارة ، والإرهاق ، مع أفضل الأنشطة خلال فترة الهدوء والتركيز . وقد يشارك الأفراد بأقل العرات ، وذلك في المهام المدرسية أو مهام في العمل ، أو عند الاسترخاء في المنزل بعد إنتهاء اليوم المدرسى ، أو في المساء .

أما الأحداث المجهدة مثيرة الأحداث (على سبيل المثال : أثناء ، والمشاركة في الأنشطة المثيرة) وهنا قد تكون العرات غالبا ما تكون أسوأ .

البيئية : مراقبة لفتة الصوت بصورة فردية مع اضطراب العرة ، قد يكون تشخيصه غير صحيح ، وغير هادف ، حيث يفضل أن يكون تقييمه من خلال الجماعة المحيطه به ، لذا يمكن أن يتم تشخيصه أفضل مع مشكلة خاصة عندما يقوم الفرد بالتفاعل مع رموز السلطة (على سبيل المثال : المعلمين ، المشرفين ، وغيرهم) .

الجينية والفسيولوجية : تؤثر العوامل الوراثية والبيئية على أعراض التشنج أو التعبير عن درجة شدته ، أما الخطر المهم لاضطراب توريت الوراثي فهى نادرة ، وقد تم تحديد المتغيرات في الأسر التى تعانى من اضطرابات التشنج . كما قد تؤدى مضاعفات الولادة ، الناتجة عن كبر سن (الزوج / الأب) أو انخفاض الوزن عند الولادة ، وتدخين الأم أثناء الحمل ، وقد يرتبط كل ما سبق مع أسوأ الحركات اللا إرادية .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية :

ولا تظهر أن تختلف اضطرابات التشنج في الخصائص السريرية ، وبطبيعة الحال ، فإن المسببات قد ترتبط بحسب العرق ، والثقافة . ومع ذلك ، فإن العرق ، والثقافة قد يؤثر فى اضطرابات التشنج ، وكذلك التأثير فى إدارة في الأسرة والمجتمع ، وكذلك على الأنماط التى تسعى فى المساعدة على تقديم خيارات العلاج .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين :

الذكور أكثر شيوعا من الإناث / فى الإصابة بالمرض ، ولكن لا توجد فروق بين الجنسين في أنواع العرات ، سواء في بداية السن ، إلا أن النساء اللائى يعانين من اضطرابات التشنج المستمرة قد يكونوا أكثر ،عرضة - المرجحة - لمواجهة القلق والاكتئاب .

العواقب الوظيفية للاضطرابات التشنج :

يعانى العديد من الأفراد مع اضطرابات التشنج الخفيفة / إلى معتدلة / إلى تجربة شدة التشنج المصحوب بالإستغاثة أو ضعف في الأداء .

أما الأفراد الذين يعانون من شدة الأعراض ، فعموما ما يعانوا أكثر مع انخفاض القيمة في الحياة اليومية ، ولكن حتى مع اضطرابات التشنج الشديدة ، مع وجود حالة من التعاون مع : الوسواس القهري أو اضطراب الانتباه ADHD ، فيمكن أن يكون لها تأثير أكبر على الأداء .

أما الأقل شيوعا ، من تلك العرات فقد يحدث تعطيل في عمل الأنشطة اليومية ، ويؤدي إلى العزلة الاجتماعية ، والصراع بين الأفراد ، وعدم القدرة على العمل أو الذهاب إلى المدرسة ، وانخفاض نوعية الحياة . وقد يعانوا كذلك من ضيق نفسي كبير . ونادراً ما تحدث مضاعفات من متلازمة توريت ، إلا أنهم قد يتعرضوا لإصابات جسدية ، مثل إصابةً العين (من ضرب نفسه في الوجه) ، وإصابة العظام والعصبية الزائدة (مثل مرض القرص المتعلق بالرأس والرقبة نتيجة للحركات القوية) .

التشخيص التفاضلي :

قد تصاحب الحركات الشاذة ظروف طبية أخرى ، مع نمطية اضطراب الحركة : ويتم تعريف النمطية الحركية كما الإيقاعية غير الطوعية ، والمتكرر ة ، كحركات يمكن التنبؤ بها ، والتي تظهر بصورة غير هادفة ولكن لا تخدم أي وظيفة تكيف واضحة . وتشمل الأمثلة المتكررة مثل التلويح أو الدورية ، الخفقان ، ولوى الأصابع .

ويمكن أن تكون النمطية الحركية متباينة من التشنجات اللاإرادية ، والتى تستند على العمر والوقت السابق لبدايتها (من الذين تقل أعمارهم عن ٣ سنوات) ، ولفترات فترات طويلة (ثانية لدقيقة) ، والتى تتم بشكل ثابت ومتكرر ، وذلك عندما تفاقم

الحالة وينهمكوا في تلك الأنشطة ، مع عدم وجود الرغبة لوقف هذا الإلهاء ، وقد يشمل رقص سريع ، وعشوائية ، مستمرة ، وأحياناً مفاجئة ، وفوضى لا يمكن التنبؤ بها ، وعادة ما تتم تلك الإجراءات بصورة ثنائية ومؤثرة على جميع أجزاء الجسم (أي الوجه ، الجذع ، والأطراف) . ولا تتناسب مع توقيت التوجيه ، وتوزيع الحركات المختلفة من لحظة لأخرى ، وعادة ما تتفاقم خلال حركات العمل التطوعي .

كما قد يسفر خلل انكماش التوتر المتواصل في وقت واحد ، إلى ضعف العضلات ، مما يؤدى إلى وضعية أو حركية مشوهة لأجزاء الجسم . Dystonie والتى غالباً ما تكون مواقف ناجمة عن محاولات الحركات الطوعية والتى لا تتضح أثناء النوم .

خلل الحركة الانتيابي التي يسببها جوهر الاضطراب : خلل الحركة الانتيابي قد يحدث عادة كما dystonie أو حركات رقصية 'تعجل بالانتقال الطوعي أو الموجه إلى مزيد من الاضطراب .

الرمع العضلي : [1] يتميز الرمع العضلي بالحركة المفاجئة الأحادية الاتجاه ، وهو يحدث في كثير من الأحيان Nonrhythmic . وقد يتفاقم من قبل الحركة التى تحدث أثناء النوم . ويتصف الرمع العضلي بالتشنجات اللاإرادية ، وعدم suppressibility ، وعدم وجود منذر مسبق لها .

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة : قد يكون من الصعب التفريق بين الوسواس القهري ، وبين السلوكيات الناتجة عن التشنجات اللاإرادية . إلا أن أدلة تفضيل سلوك الوسواس القهري قد تشمل الجوانب المعرفية (مثل الخوف من التلوث) والحاجة إلى تنفيذ الإجراء بطريقة معينة بعدد غير محدد من المرات ، على قدم المساواة على كلا الجانبين من الجسم ، أو حتى يتم تحقيق الشعور " بالكف عنه " .

(١) الرمع العضلي يشير إلى رعشة سريعة لاإرادية في العضلات . على سبيل المثال، الفواق هي شكل من أشكال الرمع العضلي. وكذلك الرعشات المفاجئة، أو "بدايات النوم،" قد تواجهك قبل النوم مباشرة. تحدث هذه الأشكال من الرمع العضلي في الأشخاص الأصحاء، ونادرا ما تمثل مشكلة.

وقد تحدث مشاكل السيطرة على الانفعالات والسلوكيات المتكررة الأخرى ، بما في ذلك سحب الشعر الستمر ، وقطف الجلد ، وقضم الأظافر ، والتى تبدو أكثر موجهة بصورة هادفة وأكثر تعقيدا من التشنجات اللاإرادية .

الاعتلال المشترك :

وقد توصف العديد من الظروف الطبية والنفسية بالمشاركة مع اضطرابات التشنج ، مع اضطراب الانتباه ADHD واضطرابات الوسواس القهري والمتعلق بكونه شائعاً بشكل خاص . وقد لوحظت أعراض اضطراب الوسواس القهري في اضطراب العرة التى تميل إلى أن تكون متميزة بواسطة التماثل بين نظام عمل الجسم / وبين الأعراض الأكثر عدوانية ، مع والاستجابة الضعيفة إلى العلاج الدوائي (مع مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية) .

أما الأطفال الذين يعانون من اضطراب الانتباه ADHD فقد يظهروا صعوبات السلوك التخريبية ، وعدم النضج الاجتماعى ، والتي قد تتداخل مع صعوبات التعلم الأكاديمية ، ومع العلاقات الشخصية ، والتى تؤدي إلى انخفاض أكبر من تلك التي يسببها اضطراب العرات . كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات التشنج يمكن أن يوجد لديهم أيضاً اضطرابات الحركة الأخرى ، وغيرها الاضطرابات النفسية ، مثل الاكتئاب ، ثنائي القطب ، أو اضطرابات تعاطي المخدرات . غيرها من اضطراب تيك [1] (العرات / اللزمات(Tic Disorder) المحدد (F95.8)

وينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب العرة / اللزمة ، والتى يمكن أن تكون السبب السريري للاستغاثة البالغة أو باعتلال في الجوانب الاجتماعية

---

(١) العرات /اللازمات Ticsوقد يطلق عليها أيضا مصطلح اللوازم أو العَرَّات) أنماط سلوكية حركية غير عادية، تنطوي على أهمية تشخيصية كبيرة باعتبارها ارتعاشات تقلصية لا إرادية في الوجه أو بعض أجزاء الجسم، تتواتر على فترات متكررة، وكثيرا ما تتضمن مكونات انفعالية تكمن وراءها أو تستثيرها مثل القلق والغضب والحزن والخزي وغير ذلك من الحالات الانفعالية التي تجد لها متنفسا من خلال مواضع جسمية معينة.

والمهنية ، أو غيرها من المجالات المهمة للعمل الـذى يـسود ولكـن لا يـستوفي المعـايير الكاملة لاضطراب العرة أو أي من الاضطرابات العصبية النمائية مـن فئـة التـشخيص . ومن جهة أخرى يستخدم تشخيص اضطراب التشنج المحدد لفئـة الحـالات الـتي يختـار الطبيب على فيها التواصل مع سبب محدد للعرض الذى لا يلبي معايير اضطراب العـرة/ اللزمة ، أو مع أي اضطراب فى النمو العصبي المحدد . ويتم ذلـك مـن خـلال تـسجيل اضطراب العرة / اللزمة المحدد " المتبوع بسبب محدد (على سبيل المثال : " مع بداية بعـد سن ١٨ عاما ") .

اضطراب التشنج غير المحدد (F95.9) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب العرة / اللزمة ذات السبب السريري الناتج عن استغاثة بالغة أو باعتلال في الجوانب الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مجالات العمل الهامة ، والتى تسود ولكن لا تستوفي المعـايير الكاملـة لاضـطراب العـرة أو لأي من الاضطرابات العصبية النمائية المحددة ، وغـير المحـددة بفئـة التـشخيص . وتستخدم فئة تشحيص اضطراب التشنج في الحالات التي يكـون فيهـا الطبيـب يختـار فى عدم تحديد السبب الذي لم يتم الوفاء به بمعايير اضـطراب العـرة ، أو للنمائيـة العـصبية المحددة للاضطراب ، والـذى يـشمل عروضـا يتـوافر فيهـا معلومـات كافيـة لإجـراء تشخيص أكثر تحديدا .

الاضطرابات العصبية النمائية الأخرى :

اضطراب النمو العصبي (F88) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة الناتجة عـن فوضـى النمـو العـصبي ، والتي تسبب ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المهمـة ، والـتى تـسود ولكن لا تستوفي المعـايير الكاملـة لأي مـن الاضـطرابات العـصبية النمائيـة ضـمن فئـة التشخيص . كما يتم استخدام اضطراب النمائية العصبية المحددة مع فئة الاضـطراب في الحالات التي يختار فيها الطبيب التواصل للبحث عـن سـبب محـدد للأعـراض ، والـتى لا تلبي معايير محددة لأي من اضطراب العصبية النمائية ، ويتم ذلك من خلال تـسجيل " اضطرابات النمو العصبي الأخرى المحددة " تليهـا سـبب محـدد (علـى سـبيل المثـال : "اضطراب النمو العصبي المرتبطة بالتعرض للكحول قبل الولادة ") .

مثال على العرض الذي يمكن تحديده باستخدام " الأخرى المحددة " هو كما يلي : -

اضطراب النمو العصبي المرتبط بالتعرض للكحول قبل الولادة : يتميز اضطراب النمو العصبي المرتبط بالتعرض للكحول قبل الولادة من قبل مجموعة من العاهات الخلقية بعد التعرض للكحول في الرحم .

اضطراب النمو العصبي غير محدد (F89) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة من النمو العصبي الفوضى التي تسبب ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من المهمة التى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من الاضطرابات العصبية النمائية ضمن فئة التشخيص . ويستخدم اضطراب النمو العصبي غير المحدد مع فئة الحالات التي يختار الطبيب /عدم تحديد السبب ، أو إن المعايير لم تستوف اضطراب النمو العصبي المحدد ، وتشمل الأعراض التي يوجد فيها معلومات كافية لإجراء تشخيص بصورة أكثر تحديدا .

الاضطرابات النفسية :

طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى تشمل الفصام ، اضطرابات نفسية أخرى ، والاضطراب الفصامية (الشخصية) . والذى يتم تعريفه من قبل شذوذ في واحد أو أكثر مما يلي: فى المجالات الآتية : الأوهام / والهلوسة / وتفكير غير منظم فى (الخطاب) / وغير منظم بشكل فاضح / أو سلوك حركي غير طبيعي (بما في ذلك جامود - تخشب) / وأعراض سلبية أخرى .

الخصائص الرئيسية التي تحدد الاضطرابات النفسية :

١- الأوهام :

الأوهام هي المعتقدات الثابتة الغير قابلة للتغيير في ضوء الأدلة المتعارضة : وقد يشمل مضمونها مجموعة متنوعة من الموضوعات (على سبيل المثال : الاضطهاد المرجعي ، والأعراض الجسدية والتكلف) . الأوهام الاضطهادية (أي الاعتقاد بأنه قد يتعرض للأذى والمضايقة ، وهكذا دواليك من قبل فرد أو منظمة أو مجموعة أخرى) وهذه الأعراض هى الأكثر شيوعا .

مرجعية الأوهام (أي الاعتقاد بأن بعض الإيماءات ، والتعليقات ، العظة البيئية ، وغيرها الموجهة إلى الذات) والمشتركة مع أوهام العظمة (أي عندما يدرك الفرد (أنه /أو أنها) لديهم قدرات استثنائية ، وثروة ، أو شهرة) .

كما تنطوي الأوهام على عدمية الاقتناع بأن كارثة كبيرة سوف تحدث ، مع التركيز على الأوهام الجسدية ، والانشغالات المتعلقة بالصحة . وتعتبر الأوهام غريبة إذا كانت غير قابلة للتصديق بشكل واضح وغير مفهومة لأقرانهم من نفس الثقافة ، ولا تستمد من تجارب الحياة العادية . مثال : الوهم بالاعتقاد بأن قوة خارجية قد تزيل (له / أو لها) الأعضاء الداخلية واستبدلها بأجهزة شخص آخر دون أن تترك أي جروح أو ندوب . مثال من هذا الوهم Nonbizarre هو الاعتقاد بأنه فقط تحت المراقبة من قبل الشرطة ، وذلك على الرغم من عدم وجود أية أدلة مقنعة .

وتعبر الأوهام ، عن فقدان السيطرة على العقل أو تعتبر - عموما - بأن الجسم غريب عن الفرد ، وتشمل الاعتقاد بأن الأفكار الواحدة بأنه قد تم " إزالة جزء من جسمه " من قبل بعض القوى الخارجية ، وأن الأفكار الغريبة قد وضعت جميعاً في عقل واحد (فكر الإدراج) ، أو أنها تجري بتصرف نتيجة للإجراءات التي يتم التلاعب بها من قبل بعض القوى الخارجية (أوهام السيطرة) . والذى يعتمد في جزء منه على درجة اقتناعه الذي بما يقوم به ، وذلك على الرغم من الاعتقاد الواضح أو المعقول بالتناقض بشأن صحة تلك الأدلة .

٢- الهلوسة :

الهلوسة تشير إلى التصور الذى يمكن أن يحدث دون وجود حافز خارجي : والتى لا تزال حاضرة وتتضح ، مع القوة الكاملة لتأثير التصورات العادية على الفرد ، وليس تحت السيطرة الطوعية له .

وغالباً ما قد تحدث ب طريقة حسية ، إلا أن تلك الهلوسة السمعية هي الأكثر شيوعا في الفصام وفى الاضطرابات ذات الصلة . وعادة ما ترتبط الهلوسات السمعية سواء المألوفة أو غير المألوفة ، والتي ينظر إليها تمييزا عن أفكار الفرد الخاصة . كما يجب أن تحدث الهلوسة في سياق من (محس) واضح ، مثل تلك التي تحدث أثناء النوم ، أو مع (منوم) أو عند الاستيقاظ ثم متابعة النوم ، والتى تعتبر ضمن نطاق التجربة العادية ، كما قد تكون الهلوسة - جزء طبيعي - من سياق ثقاف معين .

٣- التفكير (والكلام) غير المنظم :

عادة ما يستدل التفكير غير المنظم (بإضطراب الفكر الرسمي) من كلام الفرد : التي يقوم فيها الفرد بالتحول من موضوع إلى آخر . كما أن إجابات الأسئلة قد تكون لا علاقة لها تماما بما هو مطلوب (Tangentiality) .

ونادرا ما قد يكون الكلام غير منظم بشدة ، وغير مفهوم تقريبا ، ويشبه حبسة الصوت المرتبط بالفوضى اللغوية (المتنافرة) . لأن الكلام غير منظم أقل ما يقال عنه / أنه شائع وغير محدد ، ويجب أن تكون الأعراض شديدة بما فيه الكفاية لتشخيص ضعف التواصل الفعال . ومن الصعب شدة ضعف قد يكون من الصعب تقييم ما إذا التشخيص ناتج عن خلفية لغوية لهذا الشخص ، أو الأقل حدة للتفكير أو الكلام غير المنظم ، والذى قد يحدث خلال الفترات الناتجة عن الفصام .

٤- التشوش السلوكى بشكل صارخ :

السلوك الحركي غير المنظم بشكل فاضح أو غير طبيعي قد يعبر عن نفسه في مجموعة متنوعة من الطرق ، بدءا من "سخف" التحريض الطفولي لا يمكن التنبؤ به . وتجدر الإشارة إلى أن أي شكل من أشكال السلوك الذي توجهه أهداف معينة ، قد يؤدي إلى صعوبات في أداء الأنشطة اليومية الحية .

أما السلوك المشلول ، والذى يشير إلى الانخفاض الملحوظ في التفاعل مع البيئة والمترافق مع هذه النطاقات من المقاومة للتعليمات (السلبية) ؛ للحفاظ على حالة الجمود ، غير الملائم أو الذى يحتمل مواقف غريبة ؛ ويفتقر إلى الردود اللفظية والحركية المتكاملة (خرس وذهول) . والتى قد تشمل أيضاً النشاط الحركي المفرط بلا سبب واضح (مشلول الإثارة) .

وقد تتكرر خصائص الحركات النمطية الأخرى ، مثل التحديق ، المقتطب ، والخرس ، وترديد الكلام . وعلى الرغم من أنه قد يرتبط بجمود الفصام - تاريخيا - إلا أن أعراض المشلول غير المحدد ، يمكن أن تحدث مع غيرها من الاضطرابات العقلية (مثل ثنائي القطب أو اضطرابات اكتئابية مع جامود) أو في ظروف طبية (اضطراب مشلول بسبب حالة طبية أخرى) .

الأعراض السلبية :

توجد أعراض سلبية فى جزء كبير منها ، والمرتبط بالفصام ، ولكنها أقل وضوحا في الاضطرابات الذهانية الأخرى . كما 'تشكل اثنين من الأعراض السلبية بارزة بشكل خاص في الفصام وهى : تقلص التعبير العاطفي / وانعدام الإرادة .

حيث يتضمن تقلص التعبير العاطفي تخفيضات في التعبير عن العواطف بالتواصل بالوجه ، أو الاتصال بالعين ، وتجويد الكلام (علم العروض) ، وحركات اليد ، الرأس ، والوجه والتي تعطي عادة التركيز العاطفي إلى الخطاب (الكلام) .

انعدام الإرادة يشير إلى الخفض في الأنشطة الهادفة للدوافع الذاتية : يجوز للفرد الجلوس لفترات طويلة من الوقت وإظهار القليل من الاهتمام في المشاركة في العمل أو الأنشطة الاجتماعية . ويشمل الجوانب السلبية الأخرى أعراض انعدام التلذذ Anhedonia . ويتجلى من خلال تقلص إخراج الكلام .

ويشير انعدام التلذذ إلى خفض القدرة مع حدوث المحفزات لتجربة من المتعة الإيجابية ، أو مع تدهور في تذكر المتعة الناتجة مع خبرة سابقة ، والتى تشير على ما يبدو من عدم الإهتمام بالتفاعلات الاجتماعية والتى قد تترافق مع انعدام الإرادة ، والتى يمكن أن تكون مظهرا من مظاهر قلة فرص التفاعل الاجتماعي .

الاضطرابات الفصلية :

وتتم تلك الاضطرابات على طول مرحلة الانحدار من الاضطراب النفسي ، وينبغي للأطباء النظر أولا فى الظروف التي لا تصل إلى المعايير الكاملة للاضطراب الذهانية ، أو تقتصر على مجال واحد فى علم النفس المرضي ، ومن ثم ينبغي أن ينظر في الظروف المحددة زمنيا . أخيرا ، يتطلب تشخيص اضطراب الطيف الفصام استبعاد شرط آخر قد تؤدي إلى الذهان .

ويلاحظ بأن اضطراب الشخصية الفصامية الفصلى ، قد يعتبر ضمن طيف الفصام ، وعلى الرغم من من وجود وصفا كاملا " فى اضطرابات الشخصية " لتشخيص اضطراب الشخصية الفصامية التى تحدد العجز الاجتماعي والشخصي ، بما في ذلك خفض القدرة على العلاقة الوثيقة بالتشوهات المعرفية أو الإدراك الحسي ،

وغرابة أطوار السلوك ، والتى تبدأ عادة في وقت مبكر من قبل مرحلة البلوغ ، ولكن في بعض الحالات 'تصبح أول ما تظهر في مرحلة الطفولة والمراهقة .

شذوذ من المعتقدات ، والتفكير ، والإدراك هي دون الحد الأدنى لتشخيص الاضطراب الذهانية : ويتم تعريف شرطين من هذا الشذوذ الذى يقتصر على مجال واحد من الذهان : الأوهام / والجامود . حيث يتميز اضطراب الوهمية من قبل ما لا يقل عن (شهر واحد) ولكن أي أعراض ذهانية أخرى .

ويدوم الاضطراب الذهانية الوجيز من (يوم واحد) أما حركة المهام فتظهر خلال (شهر واحد) . ويتميز الاضطراب الفصامي الشكل من قبل أعراضه ، باستثناء ما يعادل مدة انفصام الشخصية (أقل من ٦ أشهر) مع عدم وجود شرط لانخفاض الأداء .

وقد يستمر الفصام لمدة ٦ أشهر على الأقل ، ويتضمن على الأقل شهر واحد من مرحلة الأعراض النشطة . وقد 'يسهم الاضطراب الفصامي العاطفي فى حدوث حلقة المزاج، بالتوازى مع أعراض المرحلة النشطة للفصام تحدث ، وقد تسبقها أو تليها أسبوعين على الأقل من الأوهام أو الهلوسة دون ظهور أعراض المزاج البارز . وقد يكون ذلك حافزا لظهور الاضطرابات الذهانية التي ترتبط بشرط آخر ذو علاقة بجوهر الاضطراب الذهانية ، ويتم الحكم على الأعراض الذهانية التى قد تكون نتيجة لحالة فسيولوجية مع تعاطي المخدرات ، أو مع وقف والإنسحاب من الدواء ، أو التعرض للسموم ، وقد يحدث الاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية أخرى ، أو نتيجة لأعراض ذهانية .

ويمكن أن يحدث جامود (تخشب) في العديد من الاضطرابات ، بما في ذلك ذهانية النمو العصبي ، واضطراب الاكتئاب بين القطبين ، والاضطرابات النفسية الأخرى .

ويتضمن هذا الفصل أيضاً تشخيص الجامود المرتبط باضطراب عقلي آخر (جامود محدد) ، واضطراب مشلول نظرا لحالة أخرى طبية ، وجامود غير محددة بمعايير التشخيص .

مع اضطرابات أخرى محددة وغير محددة لطيف الفصام ، والاضطرابات الذهانية الأخرى والتى تشمل تصنيف العروض الذهانية التي لا تستوفي معايير أي من اضطرابات نفسية معينة ، أو مع الأعراض الذهانية التي تتسم بعدم كفاية المعلومات .

قد يكون تقييمات الطبيب - غير متجانسة - تجاه الأعراض والظواهر السريرية ذات الصلة بالذهان والاضطرابات الذهانية ، أما شدة الأعراض الهامة فيمكن التنبؤ بها ، مثل درجة العجز المعرفي أو العصبية الحيوية .

كما يتم تضمين إطار عمل مفصل لتقييم شدة الحالة في القسم الثالث ف هذا الدليل من "تدابير التقييم " ، والتي قد تساعد في تخطيط العلاج النذير لصنع قرار العلاج ، والبحث عن الآليات الفسيولوجية المرضية المسهمة فى العلاج .

كما يحتوى القسم الثالث " تقييم تدابير " أيضاً على تقييم أبعاد الأعراض الأولية للذهان ، بما في ذلك الهلوسة والاوهام ، والكلام غير المنظم (باستثناء مادة الاضطراب الذهانية والاضطراب الذهانية بسبب طبي آخر والتي يسببها الدواء) ، والسلوك النفسي الشاذ ، والأعراض السلبية ، وكذلك تقييم أبعاد الاكتئاب والهوس .

وتعد شدة أعراض الذهان المزاجي ذات قيمة منذرة فى كشف أدلة العلاج . وهناك أدلة متزايدة على أن اضطراب الفصامي العاطفي لا يتضمن فئة تصنيف الأمراض المتميزة . وبالتالي ، فإن تقييم أبعاد الاكتئاب والهوس لجميع الاضطرابات الذهانية ، يساعد الأطباء في تشخيص وعلاج أمراض الاضطرابات المزاجية عند الاقتضاء .

كما يشمل نطاق القسم الثالث – من هذا الدليل التشخيصى – أيضاً تقييم الأبعاد الإدراكية ، وذلك لدى العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية ، أو لمن يعانون من مشاكل في مجموعة من المجالات المعرفية التي تتنبأ بالوضع الوظيفي للفرد .

ويمكن أن يساعد تقييم العصبية السريرية في التشخيص والعلاج ، ويمكن تقييم العصبية بتوفير المعلومات المفيدة التي يمكن أن تكون كافية لأغراض التشخيص . أما الإختبارات النفسية العصبية الرسمية ، فينبغي - عند إجرائها - أن تدار وتسجل من قبل أفراد مدربين على استخدام أدوات الاختبار .

وينبغي على الطبيب استخدام أفضل ما هو متاح من المعلومات لإصدار حكم : وهو ما يتطلب إجراء مزيد من البحوث بشأن هذه التقييمات الضرورية من أجل تحديد الفائدة السريرية الخاصة ، وبالتالي فإن التقييمات المتاحة في القسم الثالث - من هذا الدليل - ينبغي أن يكون بمثابة نموذج لتحفيز هذه البحوث .

فصامية (الشخصية) اضطراب :

معايير ونص اضطراب الشخصية الفصامية يمكن العثور عليها في فصل "اضطرابات الشخصية " . حيث يعد هذا الاضطراب جزء من اضطرابات طيف الفصام ، والذى يوصف في هذا القسم من ICD- 9 وICD- 10 كما فى الاضطراب الفصامية ، المدرجة في هذا الفصل والتى نوقشت بالتفصيل في فصل اضطرابات الشخصية " DSM-5 " .

اضطراب الوهمية :

معايير التشخيص (F22) :

أ. مع وجود واحد (أو أكثر) مع الأوهام مدة شهر واحد أو أكثر . ولم يتم الوفاء بها .

ب. معيار مرض انفصام الشخصية . يلاحظ مع : الهلوسة ، إذا كانت موجودة ، وليست بارزة ، أو ترتبط بموضوع الوهمية (على سبيل المثال : الإحساس بالحشرات التى يجري من حوله ، والمرتبطة بأوهام الإصابة) .

ت. بصرف النظر عن تأثير الوهم أو تشعباته ، والذى يتضح معه الضعف الملحوظ ، والسلوك الغريب غير الواضح .

ث. إذا حدثت نوبات الاكتئاب الهوسي الكبيرة ، فتتم لفترة وجيزة نسبية من الوهمية .

ج. لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة أو لآخر لم يفسر ، أو نتيجة لحالة طبية تدار من خلال اضطراب عقلي آخر ، مثل اضطراب تشوه الجسم ، أو اضطراب الوسواس القهري .

ح.

تحديد ما إذا كان :

نوع من الهوس الشبقى **Erotomania** : وينطبق هذا النوع الفرعي عندما يكون الموضوع الرئيس للحالة هو الوهم المتكلف : وينطبق هذا النوع الفرعي عندما يكون الموضوع الرئيس للوهم هو وجود إدانة كبيرة (ولكن غير معترف بها) كموهبة أو فكرة معينة .

الهوس الإضطهادى :

ينطبق هذا النوع الفرعي عندما ينطوي الموضوع الرئيس للوهم على اعتقاد الفرد (أنه /أو أنها) يجري تآمر ضده ، أو خدع ، أو تجسس عليه ، ويلي ذلك ، تسممه ، أو تخديره ، أو مضايقة ، أو عرقلة في السعي لتحقيق الأهداف طويلة الأجل .

نوع جسدي : ينطبق هذا النوع الفرعي عندما يكون الموضوع الرئيس للوهم ينطوي على وظائف الجسم أو الأحاسيس .

نوع مختلط : ينطبق هذا النوع الفرعي عندما يسود أي موضوع وهمي واحد .

نوع غير محدد : ينطبق هذا النوع الفرعي على الاعتقاد الوهمى السائد ، ولا يمكن أن يحدد بوضوح أو لا يتم وصفه وفق أنواع معينة (على سبيل المثال : الأوهام المرجعية بدون عنصر الاضطهاد أو التكلف البارز) .

تحديد ما إذا :

مع محتوى غريب : تعتبر الأوهام غريبة إذا كانت غير قابلة للتصديق بشكل واضح ، وليست مفهومة ، وليست مستمدة من تجارب الحياة العادية (على سبيل المثال : الاعتقاد بأن الفرد أصبح غريباً ، قد أزال (له /أو لها) الأعضاء الداخلية وحلت محلها مع أجهزة شخص آخر دون أن تترك أي ندوب أو جروح) .

تحديد ما إذا :

المحددات التالية هي فقط التى يتم استخدامها بعد مدة سنة واحدة من الفوضى : الحلقة الأولى ، الحالية مع الحلقة الحادة : المظاهر الأولى للاضطراب وتحديد أعراض ووقت معايير التشخيص ، والحلقة الزمنية الحادة هى الفترة التي يتم خلالها الوفاء بالمعايير والأعراض .

الحلقة الأولى ، حاليا مع مغفرة/ تعافى جزئي : المغفرة الجزئية هو الفترة الزمنية التي يحدث فيها تحسنا بعد الحلقة السابقة ويتم الاحتفاظ فيه بتعريف يستوفى معايير الاضطراب الجزئي فقط .

الحلقة الأولى ، مع مغفرة / تعافى كامل : تشير المغفرة الكاملة إلى فترة من الزمن بعد الحلقة السابقة التى لم يحدث خلالها أي أعراض للاضطراب المحدد .

- حلقات متعددة ، مع الحلقة الحادة .
- حلقات متعددة ، مع مغفرة / تعافى جزئي .
- حلقات متعددة ، مع مغفرة / تعافى كامل .

المستمر : ويتم مع تحقيق معايير التشخيص أعراض هذا الاضطراب ، والتى تستمر مع دورة المرض ، عبر فترات الأعراض دون العتبي (دون حدود الأعراض) والذى يجري بصورة نسبية وجيزة جدا مع المسار الشامل غير المحدد .

تحديد شدة الحالة:

يتم تصنيف شدة الحالة من قبل التقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان ، بما في ذلك الأوهام ، والهلوسة ، والكلام غير المنظم ، والسلوك النفسي الشاذ المصاحب بأعراض سلبية . وكل من هذه الأعراض قد يتم بها تقييم شدة الحالة (الأشد في آخر ٧ أيام) على مقياس مكون من خمسة نقاط تتراوح من (صفر/ غير موجودة) إلى(٤ / حاضر وشديد) . (راجع تقييم الطبيب لأبعاد أعراض الذهان الشديد في فصل "تدابير التقييم").

ملاحظة : يمكن أن يتم تشخيص اضطراب الوهمية دون استخدام الشدة المحددة للفرد . وعادة فإن الشخص الذي يقام حوله هذه القناعة هو عادة ما يكون أعلى مكانة (على سبيل المثال : شخص مشهور أو متفوق في العمل) ، ولكن يمكن أن يكون الشخص غريب تماما عنه .

ولا تصل تلك الجهود المبذولة القائمة على الوهم المتصور ، ويعد الموضوع الرئيس للوهم هو الاقتناع من وجود بعض المواهب العظيمة أو البصيرة ببعض ما يتصوره الفرد .

أما الأقل شيوعا ، فقد يعيش الفرد مع الوهم بوجود علاقة خاصة مع شخص بارز/ أو من كونه شخصية بارزة (حتى يمكن اعتباره الفرد الفعلي الحقيقى) .

وينطوى الموضوع الرئيس للوهم على إعتقاد الفرد بوجود تآمر ضد ، الخدع ، والتجسس ، والمضايقة ، أو عرقلة السعي لتحقيق أهداف طويلة الأجل . كما قد يكون الازدراء الصغير مبالغاً فيه ، ويصبح معه محور لنظام تلك الوهمية . وقد ينخرط الفرد المتضرر في المحاولات المتكررة للحصول على الارتياح من خلال إجراءات قانونية أو تشريعية .

وغالباً ما يشعر الأفراد مع أوهام الاضطهاد بالاستياء ، والغضب ، وربما اللجوء إلى العنف ضد أولئك الذين يعتقدون أنهم يضرون بهم . كذلك ينطوي الموضوع الرئيس للوهم على وظائف الجسم أو الأحاسيس ، التي يمكن أن تحدث أوهام جسدية في العديد من النماذج .

ويظل الأكثر شيوعا هو الاعتقاد بأن الفرد تنبعث منه رائحة كريهة ، الاعتقاد بأن هناك إصابة بالحشرات أو في الجلد ؛ أو بالطفيليات الداخلية ؛ كما قد يتصور أن أجزاء معينة من الجسم هي ممسوخة أو قبيحة ، أو أن بعض أجزاء من الجسم لا تعمل .

الخصائص التشخيصية :

السمة الأساس من سمات اضطراب الوهمية : هو وجود واحد أو أكثر من الأوهام التي تستمر لمدة شهر واحد على الأقل (المعيار A) . ولا يتم إعطاء تشخيص اضطراب الوهمية إلا إذا ترافقت مع الأعراض التي المجتمعة فى (المعيار A) أو مع مرض انفصام الشخصية (المعيار B) .

وبصرف النظر عن التأثير المباشر للأوهام ، العاهات النفسية والاجتماعية في أن يكون الأداء أكثر تحديدا مما ظهر في الاضطرابات النفسية الأخرى مثل الفصام ، والسلوك الغريب غير الواضح وفقاً (للمعيار C) .

وقد تحدث النوبات المزاجية بالتزامن مع الأوهام ، ومع إجمالي مدة هذه الحلقات المزاجية، وتتميز الفترات الوهمية بأنها نسبية وقصيرة المدى ، وفقاً (المعيار D) .

ولا تعزى الأوهام إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكوكايين) أو لآخر حالة طبية (على سبيل المثال : مرض الزهايمر) ولا تفسر بصورة أوضح / من خلال عقلي آخر اضطراب ، مثل اضطراب تشوه الجسم أو اضطراب الوسواس القهري (المعيارE) .

بالإضافة إلى مجال الأعراض الخمسة المحددة في معايير التشخيص فيتم معها كل من : تقييم الإدراك ، والاكتئاب ، وأعراض الهوس ومجالاته ، كأمر حيوي لصنع فروق مهمة بين مختلف طيف الفصام وغيرها من الاضطرابات الذهانية .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

يمكن أن ينجم عن المشاكل الاجتماعية ولزوجية ، أوالعمل / ظهور المعتقدات الوهمية ، واضطراب الوهمية . وقد يكون الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوهمية

قادرين على وصف وقائع وأعراض الآخرين (غير المنطقية) ولكنهم غير قادرين على قبول هذا لأنفسهم (أي ، قد يكون هناك " نظرة واقعية " ولكن لا يوجد تبصر صحيح) .

ويطور العديد من الأفراد تعكر المزاج أو المزاج المنزعج ، والذى يمكن عادة أن يفهم على أنه رد فعل على معتقداتهم الوهمية . كما يؤدى الغضب إلى إحداث سلوك عنيف مع أنواع الاضطهاد ، والهوس الشبقى . كما قد ينخرط الفرد في السلوك العدائي (على سبيل المثال : إرسال مئات الرسائل احتجاج على المؤسسات) . والذى يمكن أن يحدث صعوبات قانونية .

معدلات معدل الانتشار Prevaience :

تقدر معدلات الانتشار Prevalende لاضطراب الوهم بنحو (٠,٢ ٪) من النوع الفرعي الأكثر شيوعا وهو الاضطهاد ، ويشمل اضطراب الوهمية ، نوع الغيرة ، وربما أكثر شيوعا في الذكور / أكثر من الإناث ، ولكن لا توجد اختلافات كبيرة بين الجنسين في عموم تواتر اضطراب الوهمية .

دورة تطوير المرض . Development :

أفضل ما لوحظ في مرض انفصام الشخصية : هو أن التشخيص مستقر عموماً ، إلا أن نسبة كبيرة من الأفراد قد يمضوا قدما لتطوير لفصام . كما ثبت وجود علاقة عائلية كبيرة بين اضطراب الوهمية مع كل من الفصام واضطراب الشخصية الفصامية . وعلى الرغم من أنه يمكن أن يحدث لدى مجموعات في سن أصغر ، وقد تكون أكثر معدلات الانتشار Prevalende في حالة الأفراد الأكبر سنا .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية :

يجب أن تؤخذ الخلفية الثقافية للفرد بعين الاعتبار في تقييم احتمال وجود اضطراب الوهمية ، حيث يختلف محتوى الأوهام أيضاً عبر السياقات الثقافية .

عواقب وظيفية من اضطراب الوهمية :

عادة ما يكون الاضطراب الوظيفي أكثر تحديدا مما شوهد مع غيره من الاضطرابات الذهانية ، وذلك على الرغم أنه في بعض الحالات ، قد يكون الحرمان بدرجة كبيرة أحد أهم مسبباته / ويشمل ضعف سير المهنية والعزلة الاجتماعية . وعندما يصبح ضعف السير النفسي هو الحاضر ، فإن المعتقدات الوهمية غالبا ما تلعب دورا

هاما معه . ويظل القاسم المشترك بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوهمية (هو الوضع الطبيعي الواضح من سلوكهم ومظهرهم) وذلك عندما لا يتم مناقشة أفكارهم الوهمية أو تصرفتهم على الملأ .

التشخيص التفاضلي :

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة : إذا كان هناك شخص مع اضطراب الوسواس القهري / فسوف يظل مقتنعاً تماما بأن معتقداته حول (الوسواس القهري) صحيحة . لذا فإن تشخيص اضطراب الوسواس القهري ، يتم مع البصيرة غائبة أو الوهمية للمعتقدات المحددة ، وينبغي الأخذ به بدلا من تشخيصه باضطراب الوهمية .

وبالمثل ، إذا كان هناك شخص مع اضطراب تشوه الجسم مقتنع تماما أن (له / أو لها) تشوه جسدى مع اضطراب المعتقدات الصحيحة ، ومن ثم يتم تشخيص اضطراب تشوه الجسم ، مع غياب البصيرة والمعتقدات الوهمية المحددة ، ينبغي أيضاً الأخذ به بدلا من تشخيص اضطراب الوهمية .

أما اضطراب الهذيان ، العصبي الكبير ، أو الاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية أخرى ، أو مادة الأدوية التي يسببها اضطراب ذهانية . فإن الأفراد مع كل ما سبق قد يظهروا أعراض من اضطرابات التي تشير إلى اضطراب الوهمية . على سبيل المثال : يتم تشخيص أوهام الاضطهاد في سياق اضطراب عصبي رئيس كاضطراب عصبي كبير ، والمترافق مع الاضطرابات السلوكية نتيجة مادة دوائية ، قد تنشأ بفعل تطبيب اضطراب ذهانية غير متطابق في الأعراض مع اضطراب الوهمية ، ولكن يمكن تمييزه عن طريق العلاقة الزمنية بجوهر استخدامها لبدء مغفرة (تعافى) من المعتقدات الوهمية .

الفصام والاضطراب الفصامي الشكل : يمكن التمييز بين اضطراب الوهمية من الفصام / وبين الاضطراب فصامي الشكل ، وذلك بسبب غياب السمة الأخرى من أعراض المرحلة النشطة من الفصام .

أما اضطرابات الاكتئاب ثنائي القطب والاضطراب الفصامي العاطفي . فإن هذه الاضطرابات قد يمكن تمييزها عن اضطراب الوهمية / وذلك من حيث العلاقة الزمنية بين اضطراب المزاج وبين الأوهام ، وبين شدة أعراض المزاج .

وقد تحدث هذه الأوهام حصريا خلال حلقة المزاج ، ومعها يتم تشخيص اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب مع ملامح ذهانية . أما الأعراض التي لا تلبي المعايير الكاملة لحلقة المزاج فيمكن فرضه على اضطراب الوهمية .

ويمكن تشخيص اضطراب الوهمية فقط إذا كان مجموع مدة كل حلقة مزاجية يظل لفترة نسبية قصيرة خلال المدة الإجمالية لاضطراب الوهمية، وذلك إذا لم يتم تشخيص كل من :

اضطرابات الفصام الأخرى المحددة أو غير المحددة ، مع اضطراب ذهانية آخر يرافقه اضطراب الاكتئاب المحدد ، واضطراب الاكتئاب غير المحدد ، والاضطراب ذات الصلة المحددة أو غير المحددة .

اضطراب ثنائي القطب :

وهو اضطراب ذهانية وجيز (لفترة واحدة وعلى مدى زمنى) .

معايير التشخيص (F23) :

أ. وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية . يجب أن يكون واحد على الأقل من هذه (١) ، (٢) ، أو (٣) : -

١. الأوهام .

٢. الهلوسة .

٣. خطاب غير منظم (على سبيل المثال : انحراف المتكرر أو عدم الاتساق) .

٤. غير منظم بشكل فاضح أو إبداء سلوك ساكن (مشلول) .

ملاحظة : لا تشمل الأعراض إذا كانت الاستجابة ناتجة عن عوامل ثقافية .

ب. مدة حلقة اضطراب هى مرة واحدة على الأقل يوم وأقل من مرة في الشهر ، مع في نهاية المطاف العودة الكاملة إلى مستوى سابق للمرض من الأداء .

ت. لا يفسر بصورة أفضل من الاضطراب من خلال اكتئابي ، أو الاضطراب الثنائي القطب مع ميزات ذهانية ، أو اضطراب ذهاني آخر مثل الفصام أو جامود ، ولا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، وتعاطي المخدرات ، دواء) أو حالة طبية أخرى .

تحديد ما إذا :

مع علامة الضغوطات (الذهان مثلا) : في حالة حدوث أعراض استجابة للأحداث المنفردة أو المجتمعة ، أو أن تكون مرهقة بشكل ملحوظ مع أي شخص تقريبا في الظروف المماثلة لثقافة الفرد .

دون الضغوطات : إذا كانت الأعراض لا تحدث استجابة للأحداث المنفردة أو المجتمعة ، أو تكون مرهقة بشكل ملحوظ مع أي شخص تقريبا في الظروف المماثلة لثقافة الفرد .

مع بداية بعد الولادة : إذا كانت البداية (أثناء الحمل) أو في غضون أربعة أسابيع بعد الولادة .

تحديد ما إذا :

وجود الاضطراب مع جامود / تخشب (يرجى الرجوع إلى معايير جامود المرتبطة باضطراب عقلي آخر) .

ملاحظة الترميز : استخدام تعليمات برمجية إضافية (F06.1) مع جامود قصير مرتبط باضطراب ذهانية للإشارة إلى وجود جامود مرضي .

تحديد شدة الحالة : يتم تصنيف شدة الحالة من قبل التقييم الكمي من الأعراض الأولية للذهان ، بما في ذلك الأوهام ، والهلوسة ، والكلام غير المنظم ، والسلوك النفسي الشاذ ، مع أعراض سلبية أخرى . كل من هذه الأعراض قد يتم تقييمها للتعبير عن شدة الحالة (أشد في آخر ٧ أيام) على مقياس مكون من خمسة نقاط تتراوح من (صفر /غير موجودة) إلى (أربعة / حاضر وشديد) . (راجع تقييم الطبيب لأبعاد أعراض الذهان الشديد في فصل "تدابير التقييم) .

ملاحظة : تشخيص الاضطراب الذهانية الوجيزة يمكن أن يتم دون استخدام هذه الشدة بصورة محددة .

الخصائص التشخيصية :

الميزة الأساس من الاضطراب الذهانية الوجيز : هو أنه اضطراب ينطوي على مفاجئة ظهور واحد على الأقل من الأعراض الذهانية الإيجابية (إيجابية التشخيص) التالية : الأوهام ، والهلوسة ، وخطاب غير منظم (على سبيل المثال : انحراف متكرر

أو عدم اتساق) ، أو غير طبيعي إلى حد بعيد عن السلوك النفسي ، بما في ذلك جامود (المعيار A) . ويرصد هذا الظهور المفاجئ المتغير من حالة إلى حالة أخرى ذهانية Nonpsychotic بشكل واضح في حدود (أسبوعين اثنين) ، وعادة ما يتم دون بادرة .

وقد تستمر حلقة الاضطراب يستمر على الأقل (ليوم واحد) ولكن أقل من مرة واحدة في الشهر ، ولدى الفرد الفرصة للعودة الكاملة إلى مستوى سابق للمرض في نهاية المطاف وفقاً (gللمعيار B) .

ولا يجب أن يفسر الاضطراب أفضل من خلال اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب أو مع ميزات نفسية ، من خلال اضطراب فصامي عاطفي ، أو انفصام الشخصية ولا يعزى الاضطراب كذلك إلى الآثار الفسيولوجية للمادة (مثلا ، المهلوسات) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : ورم دموي تحت الجافية) (المعيار C) . بالإضافة إلى مجالات الأعراض المحددة في معايير التشخيص وهى : تقييم الإدراك ، والاكتئاب ، وأعراض الهوس لمجالات حيوية خطيرة فروق مهمة بين مختلف طيف الفصام وغيرها من الاضطرابات ذهانية .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

عادة ما يعانى الأفراد الذين يعانون من اضطراب ذهانية وجيز مع تجربة الاضطراب العاطفي أو الارتباك الساحق . وقد يكون لديهم تحولات سريعة ومكثفة . وعلى الرغم من أن الاضطراب الوجيز ، والذى قد يحد من مستوى الضرر الشديد ، وقد تكون هناك حاجة لضمان تلبية الاحتياجات الغذائية والصحية للحماية من عواقب سوء الحكم وضعف الإدراك ، على أساس من الأوهام . يبدو أن هناك زيادة لخطر السلوكى (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) ، خاصة خلال الحلقة الحادة .

معدلات معدل الانتشار Prevalende :

يمثل الاضطراب الذهانية في الولايات المتحدة ، نسبة ٩ ٪ من حالات الإصابة الأولى للذهان . الاضطرابات الذهانية التي تلبي معايير (A وC) وليس مع المعيار (B) للاضطراب الذهانية الوجيز (أي مدة الأعراض النشطة لمدة (١-٦ أشهر) عقب فترة من الهوادة في غضون شهر واحد) ويعد الاضطراب الذهنى أكثر شيوعا في البلدان النامية منها في البلدان المتقدمة . وهو أكثر شيوعا في الإناث / عنه لدى الذكور .

تنمية ودورة :

قد يظهر الاضطراب الذهانية الوجيزة في مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر ، ويمكن أن تحدث الإصابة عبر مرحلة متوسط العمر ، وذلك عند بداية منتصف سن الثلاثين . وبحكم التعريف ، فإن تشخيص الاضطراب الذهانية الوجيز يتطلب مغفرة (تعافى) كاملة من جميع الأعراض وفي نهاية المطاف العودة الكاملة إلى مستوى سابق للمرض ، وذلك في حدود شهر واحد من بداية اضطراب . وقد تستمر الأعراض لدى بعض الأفراد ، أما مدة الأعراض الذهانية فقد تكون قصيرة جدا (على سبيل المثال : بعد أيام قليلة) .

العوامل المنذرة :

مزاجي : اضطرابات الشخصية والصفات الموجودة مسبقا (على سبيل المثال : شخصية فصامية اضطراب؛ اضطراب الشخصية الحدية ، أو الصفات في المجال psychoticism ، كما في تقلبات الإدراك الحسي ، ومجال الوجدان السلبي ، مثل ارتياب) وقد يؤهب الفرد لتطوير هذا الاضطراب .

تشخيص قضايا ذات صلة ثقافية :

من المهم أن نميز بين أعراض اضطراب ذهانية وجيز ناتج عن أنماط استجابة ثقافية ، والتي لا ينظر إليها على أنها غير طبيعية (بصورة ثقافية) من جانب معظم أعضاء المجتمع والفرد . وبالإضافة إلى تلك الخلفية الثقافية والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند النظر في ما إذا كان هناك تأثير لتلك المعتقدات الوهمية من عواقب الاضطراب Psycliotic الموجز ، وذلك على الرغم من ارتفاع معدلات الانتكاس ، بالنسبة لمعظم الأفراد .

التشخيص التفاضلي :

الحالات الطبية الأخرى : مجموعة متنوعة من اضطرابات طبية يمكن أن تظهر مع ذهانية الأعراض لمدة قصيرة . اضطراب ذهانية بسبب حالة طبية أخرى ، أو الهذيان ، ويتم التشخيص عندما يكون هناك دليل من التاريخ ، والفحص البدني ، أو مختبر الاختبارات لقياس الأوهام أو الهلوسة كنتيجة فسيولوجية مباشرة من حالة طبية معينة (على سبيل المثال : متلازمة كوشينغ ، ورم في المخ) .

الاضطرابات المرتبطة بالجوهر : يسببها الدواء أو اضطراب ذهانية ، ناتج عن تعاطى مادة يتميز بها الهذيان ، والتسمم من مادة اضطراب ذهاني قصير (على سبيل المثال : سوء إستعمال دواء معين ، أو الأدوية ، أو التعرض لمادة سامة) ويتم الحكم على أن تكون ذات الصلة Etiologically باضطراب الأعراض الذهانية المحدثه "لاحقا في هذا الفصل) .

أما الاختبارات المعملية ، مثل المخدرات ، أو على بالنسبة لقياس مستوى الكحول في الدم ، والتى قد تكون مفيدة في اتخاذ هذا القرار ، كما يجوز التدقيق فى تاريخ بدء تعاطي المخدرات مع الانتباه إلى العلاقات الزمانية بين تناول مادة / وظهور أعراض وطبيعة المادة المستخدمة .

الاكتئاب واضطرابات القطبين : تشخيص اضطراب ذهانية وجيز لا يمكن أن يتم إذا لم يتم شرح أعراض ذهانية المترافقة مع حلقة المزاج (أي الأعراض الذهانية التى تحدث حصريا أثناء نوبة هوس اكتئابي كامل ، أو حلقة مختلطة) .

اضطرابات ذهانية أخرى : إذا استمرت الأعراض الذهانية لمدة شهر واحد أو أكثر ، فيمكن تشخيصه بالاضطراب الفصامي الشكل ، وهنا يشخص إما باضطراب الوهمية ، أو باضطراب الاكتئاب مع ميزات نفسية ، أو باضطراب ثنائي القطب مع ميزات نفسية ، أو غيرها من اضطرابات طيف الفصام المحدد أو غير المحدد وغيرها من الاضطرابات الذهانية ، ويعتمد التشخيص إعتماداً على الأعراض التقديمية الأخرى .

ومن الصعب التشخيص التفريقي بين الاضطراب الذهاني الوجيز وبين الاضطراب الفصامي الشكل / إلا إذا تحولت الأعراض الذهانية قبل شهر واحد مضى / فقد يحدث تحول في الاستجابة للعلاج الناجح مع الدواء ، وينبغي الاهتمام باحتمال عودة الاضطراب المتكرر (على سبيل المثال : الهوس الاكتئابي ، والتفاقم الحاد للفصام المتكرر) والذى قد تكون مسؤولة عن أي حلقات ذهانية متكررة .

التمارض والاضطرابات الصنعية : ويشير إلى حلقة من الاضطراب الصنعي ، مع علامات وأعراض نفسية ، قد تترافق مع ظهور حلقة اضطراب ذهانية قصيرة ، ولكن في مثل هذه الحالات هناك أدلة على أن الأعراض تنتج بصورة قسرية وحادة ،

وعندما ينطوي التمارض على أعراض ذهانية ، والتي عادة ما تكون دليلاً على أن المرض يتم بصورة مصطنعة من الفرد .

إضطرابات الشخصية : بعض الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الشخصية والضغوطات النفسية قد يعجلوا فترات وجيزة من الأعراض الذهانية . وهذه الأعراض عادة ما تكون عابرة ولا تستدعي وجود تشخيص منفصل ، أما إذا استمرت الأعراض الذهانية على الأقل ليوم واحد ، فإن التشخيص الإضافي هنا للاضطراب الذهانية الوجيزة قد يكون مناسبا لتلك الحالة .

اضطراب الشكل الفصامي :

معايير التشخيص (F20.81) :

أ . اثنين (أو أكثر) من التالي ، كل الحاضر لجزء كبير من الوقت خلال فترة شهر واحد (أو أقل إذا عولجت بنجاح) . ويجب أن يكون واحداً على الأقل من هذه (١) ، (٢) ، أو (٣) : -

١. الأوهام .

٢. الهلوسة .

٣. خطاب غير منظم (على سبيل المثال : انحراف متكرر / أو عدم الاتساق) .

٤. غير منظم بشكل فاضح أو سلوك مشلول .

٥. أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو انعدام الإرادة) .

ب . حلقة من الاضطراب يستمر على الأقل مرة في الشهر ولكن أقل من ستة أشهر . وعندها يجب أن يتم التشخيص دون انتظار الشفاء ، كما ينبغي وصفها بأنها "مؤقتة .

ج . اضطراب الاكتئاب الفصامي العاطفي / والاضطراب ثنائي القطب أو مع ميزات ذهانية ،والتي يستبعد بسببها إما :

١) بدون نوبات اكتئاب أو الهوس الكبرى حدثت بالتزامن مع أعراض المرحلة النشطة .

٢) إذا حدثت نوبات المزاج أثناء أعراض المرحلة النشطة ، وكانت موجودة لأقلية من المدة الإجمالية من الفترات النشطة والمتبقية من المرض .

د . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، تعاطي المخدرات ، أو دواء) أو حالة طبية أخرى .

تحديد ما إذا : -

مع ميزات منذرة :

يتطلب هذا المحدد وجود اثنين على الأقل من الخصائص التالية :

ظهور الأعراض الذهانية البارزة في غضون (٤ أسابيع) من رصد التغيير الأولى الملاحظ في السلوك المعتاد أو فى مجال العمل ؛ كما يتضح الارتباك أو الحيرة نتيجة للأداء الاجتماعى والمهني الجيد الذى يسبق المرض ، وغياب مظاهر الضعف المؤثرة ، ويتم تطبيق " التشخيص المحدد " إذا كان اثنان أو أكثر من الخصائص المذكورة أعلاه حاضرة .

تحديد ما إذا :

مع جامود (يستند إلى معايير الجامود المرتبطة باضطراب عقلي آخر) .

ملاحظة الترميز : استخدام تعليمات برمجية إضافية (F06.1) للجامود المرتبط باضطراب فصامي الشكل .

اضطراب يشير إلى وجود جامود مرضي :

تحديد شدة الحالة :

يتم تصنيف مستوى الشدة من قبل التقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان ، بما في ذلك الأوهام ، والهلوسة ، والكلام غير المنظم ، والسلوك النفسي الشاذ ، وأعراض سلبية أخرى .

وكل من هذه الأعراض قد يتم تقييم بها درجة الشدة الحالية (أشد في آخر ٧ أيام) على مقياس مكون من خمس نقاط تتراوح من (صفر /غير موجودة) إلى (٤/ حاضرة وشديدة) . (يراجع الطبيب لتقييم أبعاد أعراض الذهان ودرجة الشدة في فصل "تدابير التقييم") ملاحظة : يمكن أن يتم تشخيص الاضطراب الفصامي الشكل دون استخدام هذه الشدة المحددة .

ملاحظة : للحصول على معلومات إضافية حول ميزات دعم التشخيص والتنمية والمقرر (العوامل المرتبطة بالعمر) ، ذات الثقافة تشخيص القضايا ، بين الجنسين ذات

صلة بتشخيص القضايا ، والتشخيص التفريقي ، والاعتلال المشترك ، راجع الأقسام المناظرة في الفصام .

الخصائص التشخيصية :

أعراض الاضطراب الفصامي الشكل من السمات المماثلة للفصام : -

(المعيار A) . اضطراب فصامي الشكل يتميز بفارق في المدة : ويقصد بها المدة الإجمالية للمرض ، بما في ذلك المرحلة المبكرة والنشطة ، والمراحل المتبقية ، فى شهر واحد على الأقل ولكن أقل من ٦ أشهر .

(المعيار B) . يشترط مدة الاضطراب الفصامي الشكل /كوسيط بين الاضطراب الذهانية الوجيزة ، والذي يستمر أكثر من يوم واحد ، وبنسبة مرة فى الشهر ، وبين الفصام ، الذي يستمر لمدة ٦ أشهر على الأقل .

كما يتم تشخيص الاضطراب الفصامي الشكل تحت شرطين :

١) عندما توجد حلقة المرض الذى يستمر بين (١ و٦ أشهر/ ويكون الفرد قد تعافى بالفعل .

٢) عندما يواجه الفرد أعراض لمدة تقل عن مدة (٦ أشهر) المطلوبة لتشخيص الفصام ولكن لم يشف بعد ، وفي هذه الحالة ، ينبغي تشخيصه بأنه "اضطراب فصامي الشكل (المؤقت) " لأنه من غير المؤكد إذا كان الفرد سوف يتعافى من الاضطراب خلال فترة ٦ أشهر ، أما إذااستمرت الاضطرابات بعد ٦ أشهر ، فيجب تغيير التشخيص إلى الفصام .

السمة المميزة للاضطراب الفصامي الشكل هى عدم وجود معيار ينسجم مع ضعف الأداء الاجتماعى والمهني . في حين يحتمل لهذه العاهات أن تكون موجودة ، إلا أنها ليست ضرورية لتشخيص الاضطراب الفصامي الشكل .

وبالإضافة إلى مجالات الأعراض الخمسة المحددة في معايير التشخيص ، يتم معها تقييم الإدراك ، والاكتئاب ، وأعراض الهوس ، كمجالات حيوية للتوصل للفروق المهمة بين مختلف أشكال طيف الفصام وغيرها من الاضطرابات الذهانية .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

كما هو الحال مع مرض انفصام الشخصية ، وحاليا لا توجد اختبارات نفسية للاضطراب الفصامي الشكل ، إلا أن هناك مناطق دماغية متعددة ، يمكن معها تصوير الأعصاب ، Neuropathology ، والبحوث العصبية .

معدلات معدل الانتشار Prevalende :

حدوث الاضطراب الفصامي الشكل عبر إعدادات العوامل الاجتماعية والثقافية (من المرجح) أن يشابه تلك التي لوحظت في مرض انفصام الشخصية، سواء في الولايات المتحدة وغيرها من البلدان ، مع حدوث منخفض ، وربما أقل من خمسة أضعاف من مرضى الفصام .

أما في البلدان النامية ، فقد تكون معدلات الإصابة أعلى ، وخاصة بالنسبة للاضطراب المحدد "مع ميزات منذرة " .

تطوير اضطراب فصامي الشكل /المماثل لاضطراب الفصام المؤقت : حول ثلث الأفراد مع التشخيص الأولي من الاضطراب الفصامي (المؤقت) يتعافى في غضون فترة ٦ أشهر/ أما الاضطراب فصامي الشكل فهو يشير إلى التشخيص النهائي . وغالبية ما تبقى من ثلثي الأفراد (الباقين) قد يواجهوا في نهاية المطاف على تشخيص الفصام أو اضطراب فصامي عاطفي .

العوامل المنذرة :

الجينية والفسيولوجية : ويحدث لدى الأفراد من الأقارب الذين يعانون من اضطراب فصامي الشكل ، والذى تزيد لديهم مخاطر التعرض لمرض انفصام الشخصية.

اضطراب الفصام Sciiizophreniform :

بالنسبة لغالبية العظمى من الاضطراب الفصامي الشكل الذين يحصلون في نهاية المطاف على تشخيص الفصام أو الاضطراب الفصامي العاطفي ، مع عواقب وظيفية مماثلة لعواقب تلك الاضطرابات . كما أن معظم الأفراد مع تجربة الخلل في عدة مجالات من الأداء اليومي : مثل المدرسة أو العمل ، والعلاقات الشخصية ، والرعاية الذاتية ، إلا أن الأفراد الذين يعانوا من اضطراب فصامي الشكل قد يتعافوا ، ويحققوا نتائج أفضل .

التشخيص :

الاضطرابات النفسية الأخرى والظروف الطبية . هناك طائفة واسعة من الظروف العقلية والطبية يمكن أن تظهر مع أعراض ذهانية ، والتي يجب مراعاتها عند تشخيص اضطراب فصامي الشكل وتشمل :

- الاضطراب الذهانية الناتجة بسبب حالة أخرى طبية ، أو بسبب العلاج الدوائي؛
- اضطراب الهذيان العصبي أو الكبير ؛
- اضطراب ذهانية أو الهذيان التي يسببها الدواء ؛
- إضطراب الاكتئاب أو ثنائي القطب ، والاضطراب الذهانية مع ميزات؛
- اضطراب فصامي عاطفي ؛
- اضطرابات القطبين الأخرى المحددة أو غير المحددة ذات الصلة ؛
- اضطراب الاكتئاب أو ثنائي القطب مع ميزات مشلول ؛
- الفصام ؛ اضطراب ذهانية وجيزة ، واضطراب الوهمية ، وغير ذلك من اضطراب الفصام المحدد أو غير المحددة ، وغيرها من الاضطراب الذهانية ؛
- اضطرابات الشخصية بجنون العظمة ؛
- اضطراب طيف التوحد ، اضطرابات في مرحلة الطفولة مع تقديم خطاب غير منظم ؛
- اضطراب الانتباه ؛
- اضطراب الوسواس القهري ؛
- اضطراب ما بعد الصدمة ، وإصابات في الدماغ .

وتختلف هذه المعايير التشخيصية للاضطراب الفصامي الشكل بين الأفراد الذين يعانون من الفصام في المقام الأول سواء في مدة المرض ، أو فى تفاصيل التشخيص التفريقي لمرض انفصام الشخصية، والذى ينطبق أيضاً على الاضطراب فصامي الشكل .

الاضطراب ذهانية وجيزة : اضطراب فصامي الشكل يختلف في مدة وجيزة من ذهانية اضطراب ، والذي لديه مدة أقل من شهر من ظهور أعراض الفصام .

معايير التشخيص (F20.9) :

- اثنين (أو أكثر) من التالي ، كل الحاضر لجزء كبير من الوقت خلال الفترة من ١ شهرا (أو أقل إذا عولجت بنجاح) . واحد على الأقل من هذه يجب أن يكون (١) ، (٢) ، أو (٣) : -
  ١. الأوهام .
  ٢. الهلوسة .
  ٣. خطاب غير منظم (على سبيل المثال : انحراف متكرر أو عدم الاتساق) .
  ٤. غير منظم بشكل فاضح أو السلوك مشلول (جمود) .
  ٥. أعراض سلبية (أي تناقص التعبير العاطفي أو انعدام الإرادة) .

ب . الجزء الأكبر من الوقت منذ بداية الاضطرابات ، وبين مستوى الأداء في واحد أو أكثر من المجالات الرئيسة ، مثل العمل ، والعلاقات الشخصية ، أو الرعاية الذاتية ، والذى يتم - بشكل ملحوظ - دون المستوى الذي تحقق قبل ظهور تلك العلامات (أو في بداية مرحلة الطفولة أو المراهقة ، وذلك عند الفشل في تحقيق المستوى المتوقع من الشخصية والأكاديمية ، أو الأداء المهني عبر تلك المراحل العمرية) .

ج . علامات مستمرة من الاضطراب لمدة ٦ أشهر على الأقل : هذه الفترة لمدة ٦ أشهر ، ويجب أن تشمل (شهر واحد) على الأقل من الأعراض (أو أقل إذا عولجت بنجاح) وبأن يجتمع المعيار A (أي أعراض المرحلة النشطة) والذى يمكن أن يشمل الفترات المتبقية لتلك الأعراض . وخلال هذه الفترات المتبقية ، يجوز لعلامات الاضطراب أن تتجلى من خلال الأعراض السلبية فقط أو اثنين أو أكثر من الأعراض المذكورة في المعيار (A) في شكل مخفف (على سبيل المثال : المعتقدات الفردية ، والخبرات الحسية غير العادية) .

د . اضطراب الفصامي العاطفي/ واضطراب الاكتئاب ثنائي القطب ، مع ميزات ذهانية وقد تستبعد بسبب إما :

١) إذا حدثت نوبات الهوس الاكتئابي بالتزامن مع أعراض المرحلة النشطة .

أو ٢) إذا حدثت نوبات المزاج خلال أعراض المرحلة النشطة ، الموجودة لقلة من المدة الإجمالية للفترات المتبقية من المرض .

هـ. لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، تعاطي المخدرات ، أو دواء) أو حالة طبية أخرى .

و. إذا كان هناك تاريخ من بداية اضطراب طيف التوحد أو اضطراب التواصل منذ مرحلة الطفولة ، يتم وضع تشخيص إضافي من مرض انفصام الشخصية ، إلا إذا ظهرت بوادر أوهام بارزة أو هلوسة ، بالإضافة إلى الأعراض الأخرى المطلوبة من انفصام الشخصية ، والموجودة أيضاً فيما لا يقل عن شهر واحد (أو أقل إذا عولجت بنجاح) .

تحديد ما إذا :

تحدث بمحددات ، أم هى تالية فقط ليتم استخدامها بعد مدة (سنة واحدة) من الفوضى ، وإذا كانت لا تتعارض مع معايير التشخيص .

الحلقة الحادة الأولى : المظاهر الأولى لظهور الاضطراب تحدد أعراضه ووقت ظهوره .

معايير التشخيص : الحلقة الحادة هى الفترة الزمنية التي يتم من خلالها الوفاء بمعايير الأعراض .

الحلقة الأولى الحالية ، في مغفرة جزئية : المغفرة الجزئية هى فترة من الزمن يتم من خلالها الحفاظ على التحسن بعد الحلقة السابقة ، والتي لا يتم من خلالها استيفاء المعايير المحددة لهذا الاضطراب إلا بصورة جزئية .

الحلقة الأولى الحالية ، في مغفرة كاملة : المغفرة الكامل هى فترة من الزمن بعد الحلقة السابقة لا يتم من خلالها ظهور أعراض أي اضطرابات محددة .

الحلقات المتعددة حالية ، في حلقة فصامية حادة : يمكن تحديد الحلقات المتعددة بعد ما لا يقل عن اثنين من الحلقات (أي بعد الحلقة الأولى ، بعد مغفرة أو الحد الأدنى من انتكاس واحد) . وحلقات متعددة ، حاليا في مغفرة جزئية حلقات متعددة ، حاليا في مغفرة كاملة .

المستمر : تحقيق معايير أعراض التشخيص ، والتى تبقى بالنسبة للغالبية من دورة المرض ، مع فترات أعراض دون العتبي ، والتى تجري بصورة نسبية وجيزة جدا بالنسبة للمسار الشامل .

تحديد ما إذا :

مع جامود (يرجى الرجوع إلى معايير الجامود المرتبطة باضطراب عقلي آخر) .

الترميز : استخدام تعليمات برمجية إضافية (F06.1) الجامود المقترن بانفصام الشخصية للإشارة إلى وجود جامود مرضي .

تحديد شدة الحالة :

تم تصنيف درجة شدة من قبل التقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان ، بما في ذلك الأوهام ، والهلوسة ، والكلام غير منظم ، والسلوك النفسي الشاذ ، والأعراض السلبية ، وذلك فى كل من هذه الأعراض التى يتم تقييم معها شدة الحالة (أشد في آخر ٧ أيام) على مقياس مكون من ٥ نقاط تتراوح من ٠ (صفر/ غير موجودة) إلى (٤/ الحاضر والشديد) . (راجع تقييم الطبيب لأبعاد أعراض شدة الذهان في فصل تدابير التقييم) .

ملاحظة : يمكن أن يتم تشخيص مرض انفصام الشخصية دون استخدام الشدة المحددة .

الخصائص التشخيصية :

الأعراض المميزة لمرض الفصام ينطوي على مجموعة من المعرفية والسلوكية ، والخلل العاطفي ، وينطوى التشخيص على اعتراف من مجموعة من العلامات والأعراض المرتبطة بالأداء المهني أو الاجتماعى . أما الأفراد المصابين بهذا الاضطراب فقد يختلفوا إلى حد كبير في معظم الخصائص ، مثل متلازمة الفصام السريرية غير المتجانسة .

ويجب أن يكون اثنين على الأقل من أعراض المعيار سارية لجزء كبير من الوقت خلال فترة لمدة شهر واحد أو أكثر . ويجب أن يكون واحد على الأقل من هذه الأعراض موجود بوضوح مع الأوهام (المعيار L) ، والهلوسة مع (المعيار A2) ، أو خطاب غير منظم مع (المعيار A3) . أو غير منظم بشكل فاضح أو سلوك مشلول

(المعيار A4) والأعراض السلبية الحاضرة مع (المعيار A5) . وفي تلك الحالات التي تتحول فيها الأعراض في غضون شهر من الاستجابة للعلاج . (المعيار A) .

ينطوي الفصام على انخفاض في واحد أو أكثر من مجالات رئيسة من (المعيار**B**) .
وقد يبدأ الاضطراب في مرحلة الطفولة أو المراهقة ، وفقاً للمستوى المتوقع من الوظيفة التي لا تتحقق .

كما أن مقارنة الفرد مع الأشقاء غير المصابين قد تكون مفيدة . أما إذااستمرت الأعراض ضعف فترة الفوضى ، فقد لا يبدو أن هناك أي نتيجة مباشرة .

انعدام الإرادة (أي انخفاض الدافع المتواصل ، والذى يرتبط بالمعيار A5) الذى يشير إلى خلل وظيفي اجتماعي ؛ وهناك أيضاً أدلة قوية على وجود علاقة بين ضعف الادراك (راجع قسم " ملامح دعم التشخيص" لهذا الاضطراب) وبين وظيفة انخفاض الدافع في الأفراد المصابين بالفصام

يجب أن تستمر بعض علامات الاضطراب لفترة متواصلة لمدة ٦ أشهر على الأقل (المعيارC, B)؛ أما الأعراض التى غالبا ما تسبق المرحلة النشطة ، أما الأعراض المتبقية فقد تتميز بالأشكال الخفيفة أو دون العتبي من الهلوسة أو الأوهام .

وقد يعرب الأفراد عن مجموعة متنوعة من المعتقدات غير العادية أو الغريبة من الوهمية (على سبيل المثال : الأفكار ، أو التفكير السحري) ، بل قد يكون مع أمور غير عادية من الخبرات الحسية (مثل الاستشعار عن بعد)؛ ويجوز لخطاب هؤلاء بأن يكون مفهوماً عموما ولكن غامضاً ، وربما يكون سلوكهم غير عادي ولكن ليس بشكل صارخ أو غير منظم (على سبيل المثال : الغمغمة) .

أما الأعراض السلبية الشائعة المتبقية فيمكن أن تكون شديدة : حيث قد يحدث تحول الأفراد الذين كانوا نشطاء اجتماعيا / ثم يتم سحبها ، ومثل هذه السلوكيات هي غالبا ما تكون العلامة الأولى للاضطراب .

أعراض المزاج ونوبات المزاج الكامل الشائعة في الفصام : وربما تكون متزامنة مع المرحلة النشطة من الأعراض . ومع ذلك ، يجب تمييز هذا الاضطراب بالمزاج الذهاني ، ويتطلب تشخيص الفصام وجود الأوهام أو الهلوسة في غياب حلقات المزاج . بالإضافة إلى ذلك ، فإن حلقات المزاج ، يجب أن تكون موجودة لفترة قليلة من إجمالي مدة الفترات النشطة المتبقية من المرض .

بالإضافة إلى مناطق مجال أعراض الخمسة المحددة في معايير التشخيص ، يتم تقييم الإدراك ، والاكتئاب ، مع أعراض الهوس فى المجالات الحيوية لصنع فروق مهمة بين مختلف ألوان طيف الفصام وغيرها من الاضطرابات الذهانية .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

الأفراد المصابين بالفصام قد يعرضا أموراً غير لائقة ومؤثرة (على سبيل المثال : يضحك في غياب من التحفيز المناسب)؛ مع مزاج منزعج يمكن أن يأخذ شكل الاكتئاب ، والقلق ، أو الغضب ؛ أو نمط من اضطراب النوم (على سبيل المثال : النوم أثناء النهار والنشاط ليلا) ؛ وعدم وجود مصلحة في تناول الطعام أو رفض الطعام ، وتبدد الشخصية ، والغربة عن الواقع ، والجسدية قد يحدث القلق .

وتصل نسب الوهمية في بعض الأحيان ، إلى القلق والرهاب الشائع ، والعجز المعرفي في مرض انفصام الشخصية ، والتى ترتبط بقوة العاهات المهنية والوظيفية .

ويمكن أن يشمل هذا العجز : تناقص في مجمل ذاكرة الفرد ، والذاكرة العاملة ، ووظيفة اللغة ، والوظائف التنفيذية الأخرى ، فضلا كما بطء سرعة المعالجة .

أما شذوذ المعالجة الحسية ، والقدرة المثبطة ، فضلا عن تخفيضات في الاهتمام ، والتى وجدت كذلك . وقد يظهر بعض الأفراد المصابين بالفصام / عجز الإدراك الاجتماعى ، بما في ذلك العجز في القدرة على استنتاج نوايا الأشخاص الآخرين (نظرية العقل) ، ويجوز لهم تصور أحداث غير ذات صلة بالمحفزات ذات المغزى ، وربما يؤدي ذلك إلى توليد الأوهام التفسيرية .

بعض الأفراد مع الذهان قد يفتقروا البصيرة أو الوعي باضطرابهم (أي ، عمه العاهة) . هذا النقص في "البصيرة " قد يشمل الجهل من أعراض الفصام . أما الجهل - عادة - من أعراض الفصام في حد ذاته ، فقد يكون شائعاً ، بدلا من استراتيجية المواجهة . والتى قد تتشابه لعدم وجود وعي بالعجز العصبي الناتج عن تلف في الدماغ ، ويوصف .

وهذا العرض (بعمه العاهة) هو المؤشر الأكثر شيوعا لعدم الالتزام بالعلاج ، ويتوقع معه ارتفاع معدلات الانتكاس ، وزيادة عدد جلسات العلاج غير الطوعي .

العداء والعدوان يمكن أن يترافق مع مرض انفصام الشخصية : وعلى الرغم من عفوية أو الاعتداء العشوائي غير شائع . فإن العدوان هو الأكثر توترا للذكور الأصغر سنا ، وللأشخاص الذين يعانون من تاريخ ماضي من العنف ، وعدم الالتزام بالعلاج ، ومن سوء المعاملة ، والاندفاع .

وتجدر الإشارة إلى أن الغالبية العظمى من الأشخاص الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية ليسوا عدوانيين ، يقعون ضحايا بشكل متكرر أكثر من الأفراد في عموم السكان .

وحاليا ، لا توجد فحوصات إشعاعية ، ومختبرية ، أو اختبارات نفسية للاضطراب : إلا أن الاختلافات تظل واضحة في مناطق الدماغ المتعددة بين مجموعات من الأفراد الأصحاء والأشخاص الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية ، بما في ذلك أدلة من تصوير الأعصاب **Neuropathology** ، والدراسات العصبية .

أما الاختلافات الواضحة أيضاً فتتضح مع حجم المادة الرمادية عبر مجموعة متنوعة من مناطق مثل الفص الجبهي والقشور الزمنية ، وقد لوحظ تقلص حجم المخ بشكل عام ، وكذلك زيادة الحد من حجم الدماغ مع التقدم في السن .

أما تخفيضات حجم المخ مع تقدم العمر فهو أكثر وضوحا في الأشخاص الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية / عنه لدى الأفراد الأصحاء . وأخيرا ، فإن الأفراد مع الفصام يبدو أنهم يختلفون عن الأفراد دون اضطراب في مؤشرات كهربية الدماغ .

العلامات العصبية اللينة هي الأكثر شيوعاً في الأشخاص الذين يعانون من انفصام الشخصية وتشمل الإعاقات في التنسيق الحركي ، والتكامل الحسي ، والتسلسل الحركي للحركات معقدة؛ والارتباك في الحركة بين اليمين واليسار ، والسلوك الفاضح والحركات المرتبطة به ، بالإضافة إلى ذلك ، ظهور تشوهات مادية طفيفة قد تحدث في الوجه والأطراف .

معدلات معدل الانتشار Prevalende :

معدل الانتشار **Prevalende** يبدو أن عمر الفصام يقارب من ٠,٣ -٠,٧ ٪ ، وعلى الرغم مما يقال حول الاختلاف وفقاً للأسس العرقية في مختلف البلدان ، إضافة إلى المنشأ الجغرافي للمهاجرين وأبناء المهاجرين .

نسبة الجنس يختلف عبر العينات والسكان : على سبيل المثال : التركيز على الأعراض السلبية ومدة طول الاضطراب (المرتبط بالنتيجة الأكثر ضعفاً) وبين ارتفاع معدلات الإصابة للذكور ، كما يدرج معه أكثر أعراض اضطراب المزاج والعروض الموجزة (المرتبطة بنتائج أفضل) كما تظهر مخاطر الفصام بصورة معادله لكلا الجنسين .

دورة النمو :

تنشأ الملامح الذهانية للفصام تبدأ عادة بين أواخر سن المراهقة ومنتصف عمر (٣٠ عام) ؛ أما بدايته قبل عمر المراهقة فهو أمر نادر الحدوث . لكن سن الذروة لأول حلقة ذهانية فتبدأ في أوائل إلى منتصف سن (٢٠عام) للذكور ، وفي وقت متأخر من سن (٢٠ عام) للإناث .

وقد تكون البداية مفاجئة أو غدرا ، وقد تعبر الغالبية من الأفراد عن التطور البطيء والتدريجي عبر مجموعة متنوعة من العلامات والأعراض السريرية الهامة ، ونصف هؤلاء الأفراد يشكون من أعراض الاكتئاب ، وقد جرت العادة بالنظر إليه فى سن مبكرة من بدايته باعتباره مؤشراً لتشخيص المرض .

ومع ذلك ، فإن تأثير العمر عند بدايه الفصام - من المرجح - أن يتعلق بنوع الجنس لدى الذكور، مع وجود أسوأ تكيف سابق للمرض ، مع تحصيل تعليمي أقل ، أما أكثر الأعراض السلبية البارزة فتتمثل فى ضعف الإدراك ، وبصفة عامة يؤدى إلى نتيجة أسوأ .

ويعد ضعف الإدراك هو الأمر الشائع ، مع تغييرات في الإدراك الموجودة خلال فترة التنمية التى تسبق ظهور الذهان ، والتي تأخذ الشكل المعرفي المستقر خلال مرحلة البلوغ ، وقد يستمر الضعف الإدراكي مع أعراض أخرى من العوامل المسهمة في العجز المرضى .

و قد تنبئ بنتيجة غير المبررة إلى حد كبير ، وبالطبع فإن النتائج قد لا يمكن التنبؤ بها بشكل موثوق ، والتى قد تبدو مواتية في حوالي ٢٠ ٪ من تقارير مرض انفصام الشخصية .

ومع ذلك ، فإن معظم الأفراد الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية ، ينبغى أن يتوفر لهم حياة داعمة (رسمية – المؤسسات – أو غير رسمية) وذلك بصفة

يومية ، والعديد من المصابين بأمراض مزمنة سوف يظلوا يعانوا من التفاقم ، والبعض الآخر قد يأخذ مسار التدهور التدريجي .

كما تميل الأعراض الذهانية إلى التقليل على مدى الحياة ، وربما بالتعاون مع الانخفاض العادي في نشاط الدوبامين المرتبط بالعمر . أما الأعراض السلبية فهي أكثر ارتباطا بالتكهن بالأعراض الإيجابية التي تميل إلى أن تكون أكثر ثباتاً ، وعلاوة على ذلك ، فإن العجز المعرفي (المرتبط) قد لا يتحسن خلال مسار المرض .

السمات الأساس للفصام ترتبط بمرحلة الطفولة ، لكنه أكثر صعوبة لإجراء التشخيص :

قد يواجه الأطفال ، الأوهام والهلوسة لكنها قد تكون أقل تفصيلا من البالغين ، أما الهلوسة البصرية فهي أكثر شيوعا وينبغي التمييز بين اللعب الطبيعي/ وبين اللعب الخيالي . كما يحدث الكلام غير المنظم في العديد من الاضطرابات مع بداية الطفولة (على سبيل المثال : اضطراب طيف التوحد) ، والذى يرتبط بالسلوك غير المنظم (مثل نقص الانتباه أو اضطراب فرط النشاط) . ولا ينبغي أن تعزى هذه الأعراض لمرض فصام الشخصية دون الاعتبار بالإضطرابات الأكثر شيوعا في مرحلة الطفولة .

كما تميل حالات الطفولة إلى الظهور بما يشبه حالات الكبار مع ضعف النتائج ، والظهور التدريجي والسلبية البارزة لتلك الأعراض . أما الأطفال الذين يحصلون على تشخيص مرض فصام الشخصية في وقت لاحق / فهم أكثر عرضة للتعرض للاضطرابات العاطفية السلوكية غير المحددة ، المتداخله مع علم النفس المرضي .

وفى بعض الحالات قد يتأخر ظهور الأعراض (والتى تتضح بدايتها بعد سن ٤٠ عاما) وتمثل أعلى نسبة من الإناث المتزوجات . وتتميز هذه الدورة - في كثير من الأحيان - من قبل أعراض غلبة ذهانية مع الحفاظ على الأداء الاجتماعى ، وهذه الحالات تؤخر ظهور التشخيصات التى تلبي معايير مرض انفصام الشخصية ، ولكن ليس من الواضح حتى الآن ما إذا كان تشخيص الفصام يتم تشخيصه قبل منتصف العمر (على سبيل المثال : قبل سن ٥٥ عام) .

المخاطر والعوامل المنذرة :

البيئية : تم ربط موسم الولادة بحدوث انفصام الشخصية ، بما في ذلك أواخر الشتاء أو أوائل الربيع والصيف، وذلك في بعض المواقع وفقاً لنموذج العجز المرضى . أما حالات الفصام والاضطرابات ذات الصلة فهى بنسب أعلى لدى الأطفال في البيئة الحضرية بالنسبة لبعض الأقليات العرقية .

الجينية والفسيولوجية : هناك مساهمة قوية للعوامل الوراثية في تحديد خطر مرض انفصام الشخصية ، وذلك على الرغم من أن معظم الأفراد الذين تم تشخيصهم مع الفصام ليس لديهم تاريخ عائلي من الذهان .

وترتبط آليات المخاطر التي تم تحديدها حتى الآن أيضاً مع غيرها من الاضطرابات النفسية ، بما في ذلك الاضطراب الثنائي القطب ، والاكتئاب ، واضطراب طيف التوحد .

كما ترتبط مضاعفات الحمل والولادة بنقص الأكسجة مع كبر سن الأب مع ارتفاع خطر الفصام مع ولادة الجنين . بالإضافة إلى ذلك ، ما قد يحدث قبل الولادة من محن ما حول الولادة ، بما في ذلك التوتر ، والعدوى ، وسوء التغذية ، ومرض السكري لدى الأمهات ، والحالات الطبية الأخرى التى تم ربطها مع الفصام . ومع ذلك ، فإن الغالبية العظمى من عوامل الخطر هذه قد لا تتطور مع انفصام الشخصية .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية :

يجب النظر في العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية ، ولا سيما عندما يكون الشخص والطبيب لا يشتركون في نفس الخلفية الثقافية والإجتماعية والاقتصادية ، ويبدو أن الأفكار الوهمية في ثقافة واحدة قد 'تعقد عملية التشخيص .

في بعض الثقافات ، 'تعد الهلوسة البصرية أو السمعية بمثابة محتوى شائع فيما يعتقده (البوذيين فى الصين ، والهند) وهى جزء طبيعي من تجاربهم . وبالإضافة إلى ذلك ، قد يتم تقييم الحالة بصورة غير منظمه وصعبة بسبب الاختلاف اللغوي (بين الطبيب / والحالة) في أنماط السرد (التعبير) عبر الثقافات .

ويتطلب الأمر تقييم يراعى حساسية الاختلافات من أنماط التعبير العاطفية ، مثل التواصل بالعين ، ولغة الجسد ، والتي تختلف باختلاف الثقافات .

وإذا كان التقييم يجري بلغة تختلف عن اللغة الأساس ، عندها تفتقد عملية التشخيص ضمان عدم الدقة الصلة ، والتى تتصل بالحواجز اللغوية . وفي بعض الثقافات ، قد تحدث استغاثة على شكل الهلوسة أو شبه الهلوسة ، مع المبالغة فى الأفكار التي قد تشكل ضائقة سريرية مماثلة إلى الذهان بصورة صحيحه ، ولكن هي فرعية ثقافية معيارية لدى المريض .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين :

هناك عدد من الخصائص تميز بين التعبير السريري للفصام لدى الذكور والإناث ، أما حالات الفصام العام فتميل إلى أن تكون أقل قليلا من الإناث ، ولا سيما بين الحالات التى تخضع للعلاج .

وقد يبدأ الفصام أولاً سن أقل لدى الذكور ، أو في وقت لاحق مع الإناث ، أما وقت الذروة ، فيمكن أن يكون في منتصف العمر / كما هو موضح سابقا (راجع قسم تنمية اضطراب الفصام) .

وتميل الأعراض إلى أن تكون أكثر تاثراً بين الإناث ، مع أعراض ذهانية أكثر ، فضلا عن الميل لأعراض ذهانية أكبر ، والتى تترافق مع التدهور في وقت لاحق من الحياة . وتشمل الاختلافات الأخرى الأعراض السلبية الأقل تواترا مع شيوع الفوضى .

وأخيرا ، فإن الأداء الاجتماعى يميل إلى الحفاظ بصورة أفضل لدى الإناث ، ومع ذلك هناك استثناءات متكررة لهذه المحاذير العامة .

(إزهاق النفس المحرم شرعاً) Suicide :

ما يقرب من ٥ -٦ ٪ من الأفراد المصابين بالفصام يموتون ويلجئون إلى (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، ومحاولة حوالي ٢٠ ٪ انتحاري على واحد فى أكثر المناسبات ، وغيرها الكثير ممن لديهم التفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) . وقد يستجيب انتحاري السلوك في بعض الأحيان/ مع الهلوسة لإيذاء نفسه أو الآخرين . ولا يزال خطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) عاليا طوال العمر للذكور والإناث ، على الرغم من أنه قد يكون بنسب أعلى بالنسبة للذكور الصغار مع استخدام مادة مرضية . وتشمل عوامل الخطر الأخرى وجود أعراض الاكتئاب أو مشاعر اليأس والبطالة عن العمل

وهو والخطر الأعلى ، أيضاً ، في فترة ما بعد حلقة أو ذهانية من بعد الخروج من المستشفى .

العواقب الوظيفية من Schizoplirenia :

ويرتبط مرض انفصام الشخصية مع اختلال وظيفي واجتماعي ومهني كبير : مما يجعل الكثيرين يعانون من ضعف التقدم التعليمي والحفاظ على العمالة من خلال انعدام الإرادة أو مظاهر الفوضى الأخرى ، وحتى عندما تكون المهارات المعرفية كافية للقيام بالمهام التي في متناول اليد . إلا أن عمل معظم هؤلاء الأفراد ينجز على مستوى أقل من آبائهم ، ولا سيما في الرجال ، وهم لا يتزوجون ، أو لديهم اتصالات اجتماعية محدودة خارج أسرهم .

التشخيص التفاضلي :

اكتئاب اضطراب ثنائي القطب مع ميزات ذهانية أو مشلول : يجب أن يتم التمييز بين الفصام والاكتئاب الشديد أو الاضطراب ثنائي القطب مع خصائص ذهانية ، أو مع جامود يعتمد على العلاقة الزمنية بين اضطراب المزاج والذهان ، أو على شدة أعراض الاكتئاب أو الهوس .

وإذا كانت الأوهام تحدث الهلوسة حصراً من خلال نوبة اكتئاب أو هوس رئيس ، فإن التشخيص هو اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب مع ميزات ذهانية .

اضطراب فصامي عاطفي : تشخيص الاضطراب الفصامي العاطفي يتطلب أن نوبة الاكتئاب كبرى أو نوبة جنون ، التي تحدث بشكل متزامن مع أعراض المرحلة النشطة ، كما تكون أعراض المزاج تكون حاضرة لأغلبية المدة الإجمالية للفترات النشطة للاضطراب الفصامي الشكل والاضطراب الذهانية الوجيزة .

وهذه الاضطرابات هي من أقصر مدة ، من مرض انفصام الشخصية على النحو المحدد في المعيار C ، والذي يتطلب مرور أقل من (٦ أشهر) من سريان الأعراض .

ويستمر الاضطراب الفصامي الشكل ، (لأقل من ٦ أشهر) أما الاضطراب الذهاني الوجيز ، فقد تظل الأعراض موجودة (ليوم) على الأقل ولكن أقل من مرة في الشهر .

اضطراب الوهمية : اضطراب الوهمية يمكن تمييزه عن الفصام من قبل غياب الأعراض الأخرى المميزة لمرض انفصام الشخصية (على سبيل المثال : الأوهام البارزة مع هلوسات سمعية أو بصرية ، والكلام غير المنظم ، بشكل فاضح أو مشلول ، والأعراض السلوكية السلبية) .

اضطراب الشخصية الفصامية : يمكن التمييز بين اضطراب الشخصية الفصامية من الفصام دون العتبي (أقل من عتبة تقييم الفصام) والتي ترتبط مع ثبات الشخصية .

الوسواس القهري واضطراب تشوه الجسم : الأفراد مع الوسواس القهري واضطراب تشوه الجسم قد يقدم مع ضعف أو البصيرة الغائبة ، والانشغالات التى قد تصل إلى نسب الوهمية . وتتميز اضطرابات الفصام بظهور الهواجس ، ونقص الدوافع ، وانشغالات مع المظهر أو رائحة الجسم ، أو التي تركز على الجسم بصورة متكررة .

السلوكيات :

إضطراب ما بعد الصدمة : قد تشمل اضطراب ما بعد الصدمة ذكريات الماضي المتصلة بنوعية الهلوسة ، وقد تصل إلى نسب جنون العظمة . ولكن صدمة الحدث والأعراض المميزة بالملامح المتعلقة برد الفعل على هذا الحدث .

هناك حاجة لإجراء التشخيص :

اضطراب طيف التوحد أو اضطرابات التواصل : قد يتصل بهذه الاضطرابات التى تتميز بالأعراض التى تشبه حلقة ذهانية والتى قد تتصل بسبب العجز المالي ، مما يؤثر على التفاعل الاجتماعى مع السلوكيات المتكررة ، والمعرفية الأخرى المقيدة ، وعجز الاتصالات .

أما اضطراب طيف التوحد Autism فيتميز بضعف الاتصالات، إلا أنه يجب أن تلبي المعايير الكاملة لاضطراب أعراض مرض انفصام الشخصية ، والبارز مع الهلوسة أو الأوهام التى لا تقل عن مرة في الشهر ، لكي يتم تشخيص مرض انفصام الشخصية كشرط للحالة المرضية .

الاضطرابات النفسية الأخرى المرتبطة مع حلقة ذهانية : يتم تشخيص مرض انفصام الشخصية فقط عندما تتواجد مع حلقة ذهانية هو المستمرة والتي لا تعزى إلى الآثار الفسيولوجية للمادة أو نتيجة حالة طبية أخرى .

أما الأشخاص الذين يعانون من الهذيان أو من الاضطراب العصبي الرئيس أو الثانوي ، فقد يقدموا أعراض ذهانية ، وهذه الأعراض قد تتزامن مع ظهور التغيرات المعرفية المتسقة مع تلك الاضطرابات .

كما أن الأفراد مع المادة التي يسببها دواء اضطراب الذهان ، وقد تم تقديمه مع الأعراض المميزة لمرض انفصام الشخصية ، وفقاً للمعيار (A) ، ولكن جوهر المادة التى يمكن أن يسببها الدواء للاضطراب الذهاني ، والذى يمكن تمييزه من قبل العلاقة الزمنية / بين تعاطي المخدرات / إلى ظهور مغفرة (تعافى) من الذهان في غياب تعاطي المخدرات .

الاعتلال المشترك :

معدلات الاعتلال المشترك مع الاضطرابات المتصلة بمادة تصبح مرتفعة في درجة الفصام ، من الأفراد المصابين بالفصام ، مع اضطراب تعاطي التبغ والدخان والسجائر بانتظام ، ومن المسلم به مراعاة كل من : الاعتلال المشترك مع اضطرابات القلق على نحو متزايد في الفصام / ورفع معدلات الوسواس القهري واضطراب الهلع لدى الأفراد بالفصام بالمقارنة مع السكان عامة ، أو مع اضطراب الشخصية الفصامية بجنون العظمة ، والتى قد تسبق أحيانا ظهور مرض انفصام الشخصية .

يتم خفض متوسط العمر المتوقع في الأفراد المصابين بالفصام بسبب الظروف الطبية المرتبطة : والتى ترتبط بزيادة الوزن والسكري ، ومتلازمة التمثيل الغذائي ، وأمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض الرئوية ، والتى هي أكثر شيوعا في الفصام مما كانت عليه في عامة السكان .

كما يتشارك الفصام مع ضعف في سلوكيات المحافظة على الصحة (على سبيل المثال : فحص سرطان) مع زيادات من خطر الإصابة بالأمراض المزمنة ، ومع العوامل الأخرى المسببة لاضطراب الفصام ، بما في ذلك الأدوية ، ونمط الحياة ، مثل تدخين السجائر ، والنظام الغذائي ، والذى يمكن أيضاً أن يلعب دورا مشتركاً مع اضطراب

الذهان ، ومع الاضطرابات الطبية الأخرى ، والتي قد تفسر بعض الاعتلال الطبي المشترك مع الفصام .

الاضطراب الفصامية العاطفية :

معايير التشخيص : تتزامن فترة انقطاع المرض خلال حلقة المزاج الرئيسية (الرئيية الاكتئاب أو الهوس) مع المعيار ألف من الفصام .

ملاحظة : يجب أن تتضمن حلقة الاكتئاب المعيار A1 : للمزاج المكتئب .

- الأوهام أو الهلوسة لمدة إسبوعين أو أكثر في غياب حلقة المزاج الرئيسية (الاكتئاب أو الهوس) خلال فترة حياته من المرض .
- الأعراض التي تلي معايير حلقة المزاج الكبرى موجودة بالنسبة لغالبية المدة الإجمالية للأجزاء الفعالة والمتبقية من المرض .
- لا يعزى الاضطراب لآثار مادة (على سبيل المثال : دواء يساء استعماله) أو نتيجة لحالة طبية أخرى .

تحديد ما إذا كان : (F25.0) نوع ثنائي القطب : ينطبق هذا النوع الفرعي إذا كان الهوس الحادث جزء من العرض التقديمي . قد يحدث أيضاً نوبات الاكتئاب الكبرى . (F25.1) نوع الاكتئاب : ولا ينطبق هذا النوع الفرعي إلا إذا كانت نوبات الاكتئاب الكبرى هي جزء من العرض التقديمي .

تحديد ما إذا :

يرتبط الاكتئاب بحالة جامود (تشخب / أو تصلب) .

ملاحظة الترميز : استخدام تعليمات برمجية إضافية (F06.1) وحين يرتبط الجامود بالاضطراب الفصامي العاطفي ، فسوف يشير إلى وجود جامود مرضي .

تحديد ما إذا :

المحددات التالية يتم استخدامها بعد مدة (سنة واحدة) من الفوضى ، بشرط ألا تتعارض مع معايير التشخيص ، وتظهر الحلقة الحادة الأولى : مع الفترة الزمنية التي يتم خلالها الوفاء بمعايير الأعراض .

الحلقة الأولى الحالية مع مغفرة جزئية : وتشير المغفرة الجزئية إلى الفترة الزمنية التي تحدث تحسنا بعد الحلقة السابقة ، ويتم الاحتفاظ فيه تعريف (يتم استيفاء معايير الاضطراب جزئيا فقط) .

كما أن الحلقة الأولى الحالية ، مع مغفرة كاملة : والتى تتم خلال فترة مـن الـزمن بعد الحلقة السابقة ، والتى تظهر معها أعراض اضطراب محدد .

أما الحلقات المتعددة الحالية مع حلقة حادة : فيمكن تحديد عدد تلك الحلقـات ، بعد ما لا يقل عن اثنين من الحلقات (أي بعد الحلقة الأولى ، ومغفرة ، مع الحـد الأدنى من الانتكاس) . كما أن تلك الحلقات المتعددة ، الحالية في مغفرة جزئية / أو مع مغفـرة كاملة مستمرة ، مع تحقيق معايير التشخيص هذا الاضطراب خلال دورة المـرض ، مـع فترات من الأعراض دون العتبية (أقل من مستوى ثبوت الأعراض اللازمة للتـشخيص) والتى تجري بصورة نسبية وجيزة جدا من مسار الاضطراب الشامل .

تحديد شدة الحالة :

يتم تصنيف شدة الحالة من قبل التقييم الكمي من الأعراض الأولية للذهان ، بما في ذلك الأوهام ، والهلوسة ، والكـلام غـير المنظمـة ، مـع شـيوع الأعـراض الـسلبية للسلوك النفسي الشاذ ، وكل من هذه الأعراض قد يتم تقييم شدة الحالة (فى أشد آخـر ٧ أيام) وذلك على مقياس مكون من (خمس نقاط) تتراوح من (صفر/غـير موجـود) إلى (٤/ حاضر وشديد) . (راجع تقييم الطبيـب لأبعـاد شـدة أعـراض الـذهان ، في فـصل "تدابير التقييم) ملاحظة : يمكن تشخيص الاضطراب الفـصامي العـاطفي يمكـن أن يـتم دون استخدام هذه الشدة .

ملاحظة : للحـصول علـى معلومـات إضـافية حـول التنميـة (العوامـل المرتبطـة بالعمر) . وخطر العوامل المنذرة (عوامل الخطر البيئية) ، والثقافيـة ، يجـب أن يـتم أولاً تشخيص القضايا وتشخيص الجنس المتصل بتلك القضايا ، راجـع الأقـسام المنـاظرة في الفصام ، ثنائي القطب الأول والثاني اضطرابات ، واضطراب الاكتئابي .

الخصائص التشخيصية :

يستند تشخيص اضطراب فصامي عاطفي على تقييم من دون انقطاع فترة المرض (الفترة التي تستمر فيها الأعراض النشطة أو المتبقية لمـرض ذهانيـة) ، ويـتم التـشخيص عادة ، خلال فترة المرض الذهانية ، أو في وقت ما خلال هذه الفترة .

المعيار A لمرض انفصام الشخـصية لا بـد مـن الوفـاء بهـا . معـايير B (ضـعف الاجتماعية) ويشمل (استبعاد اضطراب طيف التوحد أو غيرها من اضطرابات الاتصال

منذ بداية الطفولة) لمرض انفصام الشخصية ، بالإضافة إلى تلبية المعيار A للفصام ، وهناك حلقة المزاج الرئيسة (الهوس الاكتئابي) وفقاً (للمعيار A للاضطراب الفصامي العاطفي) . بسبب فقدان الإهتمام أو المتعة الشائع في مرض انفصام الشخصية ، لتلبية المعيار A للاضطراب الفصامي العاطفي ، والذى يجب أن يتضمن حلقة اكتئابي ، والمزاج المكتئب .

معدل الانتشار (أي وجود مصلحة بالتضاؤل بشكل ملحوظ أو المتعة غير الكافية) . كما توجد حلقات من الاكتئاب أو الهوس بالنسبة لغالبية المدة الإجمالية للمرض (أي بعد أن يلتقى بالمعيار (A) .

أم معيار الاضطراب الفصامي العاطفي (C) . وهو اضطراب من اضطرابات الاكتئاب أو ثنائي القطب مع ميزات ذهانية ، مع الأوهام أو الهلوسة ، والتى يجب أن تكون موجودة في غياب حلقة المزاج الرئيسية (الاكتئاب أو الهوس) أو في مرحلة ما خلال مدة عمر المرض (المعيار B للاضطراب الفصامي العاطفي) . ويجب أن لا تعزى الأعراض إلى آثار مادة أو حالة طبية أخرى (وفقاً للمعيار D للاضطراب الفصامي العاطفي) .

معيار اضطراب الفصامي العاطفي C وهى التى تلبي أعراض اضطراب المزاج ، والتي يجب أن ترتبط معاييره بحلقة المزاج الرئيسة أمام الغالبية العظمى من المدة الإجمالية للأنشطة والجزء المتبقي من المرض .

ويتطلب المعيار (C) تقييم أعراض المزاج الكامل للمرض الذهانية ، والذي يختلف عن المعيار في الدليل الرابع السابق DSM-IV ، ويتطلب الأمر فقط تقييما للفترة الحالية من المرض . وإذا كانت أعراض المزاج موجودة فقط لفترة وجيزة نسبيا ، وذلك إلا كان التشخيص هو مرض انفصام الشخصية ، وليس اضطراب فصامي عاطفي .

وعند اتخاذ قرار ما إذا كان عرض الفرد يلتقي مع المعيار (C) فيجب مراجعة الطبيب عن المدة الإجمالية للمرض الذهانية (أي ، سواء كانت نشطة أو ذات أعراض متبقية) وتحديد وقت أعراض الحالة المزاجية (غير المعالجة أو في حاجة إلى التعامل معها بمضادات الاكتئاب أو الأدوية المثبتة للحالة المزاجية) والمترافق مع أعراض ذهانية .

وهذا التحديد يتطلب معلومات تاريخية كافية على الحكم السريري . وعلى سبيل المثال فإن الفرد منذ بدايته وخلال (أربع سنوات) من الحالة النشطة المتبقية لأعراض

الفصام ، والذى قد يتطور مع نوبات الاكتئاب الهوسي المجتمعة ، وهذا العرض التقدمي لا يلبي معيار (C) .

بالإضافة إلى مجال للأعراض الخمسة المحددة في معايير التشخيص ، وتقييم الإدراك ، والاكتئاب ، وأعراض الهوس ، وغيرها الاضطرابات الذهانية .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

ضعف الأداء المهني - في كثير من الأحيان - لا يعبر عن التعريف المعيارى (وذلك على النقيض من مرض انفصام الشخصية) . والذى يقتصر على التواصل الاجتماعى ، وصعوبات مع الرعاية الذاتية مع الاضطراب الفصامي العاطفي ، وقد تكون الأعراض السلبية أقل حدة وأقل ثباتاً من تلك التي ظهرت في الفصام .

أما عمه العاهة (أي ضعف البصيرة) الشائعة في الاضطراب الفصامي العاطفي ، ولكن مع العجز في البصيرة ، فقد تكون أقل حدة من معدلات الانتشار Prevalende مع تلك الموجودة في الفصام .

كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب فصامي عاطفي قد يكونوا في خطر متزايد لتطوير الحلقات في وقت لاحق من الاضطراب الإكتئابي أو الاضطراب الثنائي القطب ، إذا ما استمرت أعراض المزاج التالية لمغفرة (تعافى) من الأعراض تلبية معيار (A) لانفصام الشخصية ، وقد تكون هناك علاقة بين الكحول والاضطرابات المرتبطة بمادة أخرى .

ولا توجد إختبارات بيولوجية أو تدابير يمكن أن تساعد في تشخيص الاضطراب الفصامي العاطفي . أما إذا الاضطراب الفصامي العاطفي يختلف عن الفصام فيما يتعلق بالخصائص المرتبطة بتشوهات بنيوية في وظيفية الدماغ أو العجز المعرفي ، أو مع عوامل الخطر الجينية غير الواضحة .

معدل الانتشار Prevalende :

يصل معدل انتشار الاضطراب الفصامي العاطفي إلى ٠,٣ ٪ ويعد الاضطراب الفصامي العاطفي أعلى في الإناث عنها في الذكور ، ويرجع ذلك أساسا إلى زيادة الإصابة من نوع الاكتئاب بين الإناث .

دورة النمو :

السن النموذجية لبداية الاضطراب الفصامي العاطفي / هى فترة البلوغ المبكر ، وعلى الرغم من أنه يمكن بدء حدوثه من وقت المراهقة إلى وقت متأخر من الحياة .

وهناك عدد كبير من الأفراد يمكن تشخيصهم مع مرض ذهانية آخر في البداية ، وقد يتم تشخيص الاضطراب الفصامي العاطفي في وقت لاحق عندما يصبح نمط حلقات المزاج أكثر وضوحا . مع التشخيص الحالي (C) .

ومن المتوقع أن 'يسهم تشخيص بعض الأفراد ، فى التحول من اضطراب فصامي عاطفي لاضطراب آخر عندما تصبح الأعراض المزاجية أقل بروزاً .

تلتقى أعراض المرض لدى الفرد بالتزامن مع معايير حلقة الاكتئاب وفقاً للمعيار (A) لمرض انفصام الشخصية ، وخلال هذه الفترة نفسها من المرض مع الهلاوس والضلالات السمعية الحاضرة ، قبل وبعد مرحلة الاكتئاب .

وتستمر فترة مجموعه المرض لحوالي ٦ أشهر ، مع أعراض ذهانية حاضرة خلال أول شهرين لكل من أعراض الاكتئاب والذهان (أثناء الأشهر الثلاثة التالية) ، مع أعراض ذهانية حاضرة خلال الشهر السابق .

وفي هذا المثال ، كانت مدة حلقة الاكتئاب نسبياً قصيرة لمدة اضطراب ذهانية ، وبالتالي الحصول على تشخيص فصامي ، أو اضطراب عاطفي .

التعبير عن أعراض ذهانية عبر المتغيرة عبر العمر : حيث يمكن للاكتئاب أن يحدث أعراض الهوس قبل بداية الذهان ، وخلال حلقات ذهانية حادة ، وبعد وقف الذهان . وعلى سبيل المثال : قد يعانى الفرد من أعراض اضطراب المزاج البارز خلال الفصام . وهذا النمط لا يؤشر بالضرورة على الاضطراب الفصامي العاطفي ، حيث يشارك في حدوث الأعراض اضطرابات المزاج الذهاني . ويحتاج الفرد إلى مزيد من المتابعة مع تلك الأعراض التي تلبي بوضوح معايير الاضطراب الفصامي العاطفي .

وتتفق تلك الأعراض فقط مع الأعراض الذهانية المتبقية (مثل الذهان دون العتي (الأقل درجات) أو مع الأعراض السلبية البارزة) ، وقد يتم تغيير التشخيص إلى اضطراب الفصام .

كما أن نسبة مجموع المرض الذهانية بالمقارنة مع أعراض المزاج تصبح أكثر بـروزاً مع الاضطراب فصامي العاطفي ثنائي القطب ، والذى قد يكون أكثر شيوعا في الـشبان البـالغين ، في قـد يكـون الاضـطراب الفـصامي العـاطفي ، وأنـواع مـن الاضـطراب الاكتئابي ، أكثر شيوعا لدى كبار السن .

المخاطر والعوامل المنذرة :

الجينية والفسيولوجية . قد يكون هناك زيادة خطر التعرض للاضطراب الفصامي العاطفي لدى الأفراد المصابين بالفصام / والذين لديهم أقرباء من الدرجة الأولى الـذين يعانون من نفس الاضطراب .

قضايا التشخيص الثقافية ذات الصلة :

يجب النظر في العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية ، ولا سيما عندما يكون الشخص والطبيب لا يشتركون في الخلفية الثقافية والاقتصادية نفسها . لذا فـإن الأفكـار (الناتجة عن التشخيص) قد تبدو وهميـة / إلا إذا كـانوا ينتمـون إلى ثقافـة واحـدة (علـى سبيل المثال : السحر) يمكن أن يكون شائعاً في بلد آخر . وهنـاك أيـضاً بعـض الأدلـة في الأدب النفسى Overdiagnosis حول انفصام الشخصية مقارنة مع الاضطراب الفصامي العاطفي في السكان الأمريكيين من أصل أسباني / أو أفريقـي ، لـذلك يجـب أن يراعـى البعد الثقافى لضمان التقييم الجيد الملائم ثقافيا ، والذى يشتمل على الأعراض الذهانيـة والوجدانية .

(إزهاق النفس المحرم شرعاً) Suicide :

مخاطر العمر للانتحار الناتج عن الفصام والاضطراب الفصامي العاطفي هـو ٥ ٪ ويرتبط بوجود أعراض الاكتئاب ، مع خطـر أعلـى للانتحـار (إزهـاق الـنفس المحـرم شرعاً) . وهناك أدلة على أن معدلات (إزهاق الـنفس المحـرم شـرعاً) أعلـى في سـكان أمريكا الشمالية / عنها في أوروبا وسكان أوروبا الشرقية ، وأمريكا الجنوبية ، والهنـد ، من الأفراد المصابين بالفصام أو باضطراب فصامي عاطفي .

عواقب وظيفية مـن اضـطراب **Scliizoaffective** يـرتبط الاضـطراب الفـصامي العاطفي بالخلل الاجتماعى والمهني ، ولكن بمعيار تشخيصي ضـعيف (كمـا هـو الحـال بالنسبة لمرض انفصام الشخصية) .

التشخيص التفاضلي :

الاضطرابات النفسية الأخرى والظروف الطبية : هناك طائفة واسعة من الأمراض النفسية والطبية يمكن أن تظهر مع أعراض ذهانية ومزاجية ، والتي يجب مراعاتها في التشخيص التفريقي للاضطراب الفصامي العاطفي . وتشمل هذه الاضطرابات الذهانية (بسبب شرط طبي آخر) الهذيان ؛ والاضطراب العصبي الرئيس؛ والاضطراب الذهانية الناتج عن مادة ، أو الاضطراب العصبي الذى يسببه الدواء ؛ واضطرابات القطبين مع ميزات ذهانية ؛ والاضطراب الإكتئابي مع ميزات ذهانية ؛ أو اضطرابات الاكتئاب ثنائى القطبين مع ميزات شلل (جمود) ؛ أو اضطرابات فصامية ، أو اضطراب شخصية بجنون العظمة ؛ أو اضطراب ذهانية وجيزة ، واضطراب فصامي الشكل ؛ واضطراب التوهم (الوهمية) ، وغيرها من اضطرابات طيف الفصام المحددة وغير المحددة ، وغيرها من الاضطرابات الذهانية .

يتميز الاضطراب الفصامي العاطفي بالاكتئاب وباضطرابات القطبين مع ميزات نفسية ، وغالبا ما تكون صعبة ، وفقاً لمعيار (C) فى حين يميز المعيار (B) بين الاضطراب الفصامي العاطفي ، وبين اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب أو مع ميزات ذهانية .

وبشكل أكثر تحديدا ، يمكن التمييز بين الاضطراب الفصامي العاطفي / وبين اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب ، مع ميزات نفسية بسبب وجود الأوهام بارزة من أو الهلوسة بما لا يقل عن أسبوعين في غياب حلقة المزاج الرئيسة .

وفي المقابل ، فإن اضطرابات الاكتئاب ثنائي القطب مع ميزات نفسية تحدث في المقام الأول خلال حلقة المزاج . ولأن الحصة النسبية من أعراض اضطراب المزاج الذهانية قد يتغير مع مرور الوقت فى التشخيص المناسب ، والذى قد يتغير مع الاضطراب الفصامي العاطفي و(على سبيل المثال : يتم أولاً تشخيص الاضطراب الفصامي العاطفي لحلقة الاكتئاب الشديدة الدائمة والبارزة لمدة ثلاثة شهور ، وبعد ذلك سيتم حدوث تغير فى الستة أشهر الأولى من مرض ذهاني المستمر - إذا نشط - مع مرض انفصام الشخصية ، وقد تستمر الأعراض الذهانية البارزة المتبقية على مدى عدة سنوات دون تكرار حلقة مزاج آخر) .

اضطراب ذهانية بسبب حالة طبية أخرى : الحالات الطبية الأخرى وتعاطي المخدرات يمكن أن يظهر مع مزيج من أعراض ذهانية ومزاجية ، وإذا حدث اضطراب ذهانية بسبب حالة طبية أخرى / عندها يحتاج الأمر إلى إستبعاد اضطراب الفصام ، واضطرابات الاكتئاب بين القطبين .

كما ينبغي التمييز بين الاضطراب الفصامي العاطفي/ وبين اضطرابات الاكتئاب بين القطبين مع ميزات ذهانية . ويركز معيار (C) الذى يفصل بين اضطراب الفصام / وبين الاضطراب الفصامي العاطفي ، أما المعيار (B) فيميز بين اضطراب الاكتئاب الفصامي العاطفي / وبين الاضطراب ثنائي القطب مع ميزات ذهانية .

وبشكل أكثر تحديدا ، فإن الاضطراب الفصامي العاطفي يمكن تمييزه / من اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب مع ميزات ذهانية على أساس وجود أوهام أو هلوسة بارز بما لا يقل عن (أسبوعين) في غياب حلقة المزاج الكبرى .

وفي المقابل ، في الاكتئاب أو الاضطراب ثنائي القطب مع ملامح ذهانية ، فإن الملامح الذهانية تحدث أساسا خلال حلقة المزاج . وقد تتغير الحصة النسبية من أعراض اضطراب المزاج الذهاني ، مع مرور الوقت ، كما قد يتغير التشخيص المناسب من الاضطراب الفصامي العاطفي . (على سبيل المثال : تشخيص اضطراب فصامي عاطفي لحلقة اكتئابي حاد وبارز سيتم تغييره إلى دائم لمد ثلاثة أشهر ، خلال الستة أشهر الأولى من مرض ذهانية مترامن مع الفصام إذااستمرت الأعراض الذهانية المتبقية النشطة البارزة على مدى عدة سنوات دون تكرار حلقة مزاج آخر) .

الاعتلال المشترك :

ويتم تشخيص العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب فصامي عاطفي ، أيضاً مع غيره من الاضطرابات النفسية ، خاصة اضطرابات تعاطي المخدرات واضطرابات القلق . وبالمثل ، فإن عدد الحالات الطبية التي يتم زيادة معدله الأساس لعامة السكان ، وبما قد يؤدي إلى انخفاض متوسط العمر المتوقع .

اضطراب الذهانية :

معايير التشخيص :

أ . وجود أحد الأعراض التالية أو كليهما : -

١. الأوهام .

٢. الملوسة .

ب . هناك أدلة من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية على حد سواء (١) و(٢) : -

١. الأعراض في المعيار A تطورت أثناء أو بعد وقت قصير من التسمم مادة أو الانسحاب أو بعد التعرض للدواء .

٢. جوهر المشاركة فى حالة الفصام : الدواء غير قادر على خفض الأعراض .

ج . لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال اضطراب ذهانية آخر ، أو ليس بالمادة التي يسببها الدواء . ويمكن أن تتواجد الأدلة على وجود اضطراب ذهانية مستقل ، والذى يمكن أن يشمل ما يلي : -

سبقت ظهور الأعراض استخدام مادة الأدوية ، والأعراض تستمر لفترة طويلة من الوقت (على سبيل المثال : حوالي شهر واحد) بعد التوقف، أو الانسحاب ، أو التسمم الحاد : وهناك أدلة مستقلة أخرى من الاضطراب الذهانية non-substanceأوmedication-induced (على سبيل المثال : التاريخ المتكرر للحلقات الذهانية المتكررة) .

د . لا تحدث الاضطراب حصرا أثناء سير هذيان . ويسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريريا أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

ملاحظة : ينبغي إتخاذ هذا التشخيص / بدلا من تشخيص التسمم بمادة أو الانسحاب من مادة فقط / وذلك عندما تستوفى الأعراض في المعيار (A) التى تسود في الحالة عندما تكون شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري .

ملاحظة الترميز : إن ICD-9-CM ورموز ICD-10 [مادة دواء محددة] ويشار إلى الاضطرابات النفسية التي يسببها الدواء فيما يلى . لاحظ أن ICD-10- كود CM يعتمد على ما إذا كان أو لم يكن هناك تعاطي المخدرات مرضي ، أو اضطراب حاضر لنفس الفئة من المواد المخدرة .

وإذا تم تشخيصه باضطراب مرضي خفيف نتيجة تعاطي المخدرات مع مادة ناجمة عن اضطراب ذهانية ، فإن الموقف هو (١) ويجب على الطبيب تسجيل مرضى

خفيف [مادة] مع فوضى" قبل اضطراب ذهانية ناجم عن مادة (على سبيل المثال : "إضطراب ذهانية خفيف ناتج عن تعاطي الكوكايين ") . إذا كان اضطراب معتدل أو مرضي شديدة نتيجة تعاطي المخدرات مع اضطراب ذهانية ناجم عن المخدرات ، فالموقف هو ٤ " ٢ " ، ويجب الطبيب تسجيل " [مادة] معتدلة / أو استخدام الفوضى "أو" [الجوهر] إذا كان اضطراب شديد نتيجة استخدام المخدرات ، " اعتمادا على شدة الحالة المرضية ، واضطراب تعاطي المخدرات .

وإذا لم يكن هناك اضطراب مرضي نتيجة تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، فالموقف هنا يتبع ٤ هو "٩" ، ويجب على الطبيب فقط تسجيل اضطراب ذهانية لناجم عن المخدرات .

ICD-10-CM

ICD -9- CM

مع استخدام كل من : -

• الكحول	F10.159 FI 0.259 0.959 FI
• القنب	F12.159 FI 2.259 2.959 FI
• فينسيكليدين	F16.159 FI 6.259 6.959 FI
• المهلوسات الأخرى	FI 6.159 6.259 FI FI 6,959
• المستنشق	F18.159 FI 8.259 8.959 FI
• مزيل القلق	FI 3.159 3.259 FI FI 3,959
• الأمفيتامين (أو غيرها منبه)	FI 5 ,159 FI 5.259 5.959 FI
• الكوكايينك	F14.159 FI 4.259 4.959 FI
• أخرى (أو غير معروفة)	959 FI 9.159 9.259 FI FI 9

- ✓ مع بداية أثناء التسمم : إذا تم استيفاء معايير التسمم مع جوهر أعراض التسمم خلال تطويره .
- ✓ مع بداية أثناء الانسحاب : إذا تم استيفاء معايير للانسحاب من أعراض مادة وخلال تطويره ، أو بعد فترة وجيزة من الانسحاب .

تحديد شدة الحالة :

تم تصنيف شدة الحالة من قبل التقييم الكمي من الأعراض الأولية للذهان ، بما في ذلك الأوهام ، والهلوسة ، والسلوك النفسي الشاذ ، وسلبية الأعراض ، وكل من هذه الأعراض قد تكون لها تقييما لشدة الأعراض (أشد في آخر ٧ أيام) على مقياس مكون من ٥ نقاط تتراوح من (صفر / غير موجودة) إلى (٤ / حاضر وشديد) . (راجع الطبيب لتقييم أبعاد الذهان منال أعراض الخطرة في فصل"تدابير التقييم") .

ملاحظة : تشخيص المادة التي يسببها الدواء المسهمة فى حدوث الاضطراب الذهانية ، ويمكن إجراؤه دون استخدام الدواء المحدد .

إجراءات التسجيل :

ICD-9-CM . يبدأ اسم الاضطراب الذهانية بالمادة التي يسببها الدواء مع مادة معينة (مثل الكوكايين ، ديكساميثازون) والتي يفترض أن تكون سبباً فى الأوهام أو الهلوسة . ويتم تحديد رمز التشخيص وفقاً لمجموعة معايير ، والتي تقوم على طبقة (نسبة / ونوعية) المخدرات .

وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الطبقات (على سبيل المثال : ديكساميثازون) ، فيجب استخدام رمز I " لمادة أخرى " وفي الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة لتكون عاملا مسببا ، لفئة معينة من مادة غير معروفة ، وفئة " مادة مجهولة " ينبغي استخدامها .

ثم يتبع اسم الاضطراب/ مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال التسمم ،والبدء بها من خلال الانسحاب) . وخلافا لإجراءات التسجيل لـ ICD-I0-CM ، والتي تجمع بين الاضطراب الناجم عن المخدرات / واضطراب دوام تعاطي المخدرات في عملية واحدة رمز ، لـ ICD-9-CM كما يعطى رمز تشخيص منفصل لاضطراب تعاطي المخدرات . وعلى سبيل المثال : في حالة الأوهام التي تحدث أثناء التسمم الشديد مع الكوكايين ، وظهور الفوضى ، وينسب التشخيص للمادة التى يسببها الكوكايين إلى اضطراب ذهانية ، مع بداية وخلال حالة التسمم . أما التشخيص الإضافي من الاضطراب الشديد الناتج عن تعاطي الكوكايين فهو أيضاً يساعد عند الحكم على

مضمون يلعب دورا هاما أكثر في التنمية من أعراض ذهانية ، ويجب أن يتم سرد كل ذلك على حدة (على سبيل المثال : التي المادة التي يسببها الحشيش للاضطراب الذهاني مع بداية /أو أثناء التسمم ، مع استخدام القنب أما الاضطراب الذى يسببه فينسيكليدين- الاضطراب الذهانية ، مع بداية أثناء التسمم ، مع اضطراب خفيف نتيجة استخدام فينسيكليدين) .

ICD-10-CM . يبدأ اسم اضطراب ذهانية بالمادة التي يسببها الدواء مع مادة معينة (مثل الكوكايين ، ديكساميثازون) والتي يفترض أن تكون السبب فى الأوهام أو الهلوسة . ويتم تحديد رمز التشخيص من المعايير المنصوص عليها ، والتي تقوم على الطبقة المخدرات مع وجود أو عدم وجود اضطراب مرضي نتيجة تعاطي المخدرات . وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال : ديكساميثازون) ، فيجب أن يكون رمز 1 " لمادة أخرى " مع عدم وجود تعاطي المخدرات المرضية ، والذى يستخدم ، في الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة لتكون عاملا مسببا ولكن لفئة محددة من مادة غير معروفة ، وفئة " مادة مجهولة " مع عدم وجود مادة مرضية لا ينبغي استخدامها .

عند تسجيل اسم الاضطراب المرضي ، مثل اضطراب تعاطي المخدرات (إن وجد) يتم سرده أولا ، تليها كلمة " مع " يليه اسم فعل مادة الاضطراب الذهانية ، تليها مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال فترة التسمم ، ثم البدء بها خلال الانسحاب) . على سبيل المثال : في حالة من الأوهام التي تحدث أثناء التسمم في رجل مع اضطراب شديد جراء تعاطي الكوكايين ، يكون التشخيص هو F14.259 استخدام كوكايين شديد .

الاضطراب الذى يسببه الكوكايين مع اضطراب ذهانية ، مع بداية أو أثناء التسمم : وفقاً للمعيار (A) لا يعطى تشخيص منفصل من اضطراب مرضي شديد نتيجة تعاطي الكوكايين . وإذا كانت المادة التي يحدث بسببها الاضطراب الذهانية بدون اضطراب مرضي نتيجة تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، أي المرفقة باضطراب تعاطي المخدرات ويلاحظ (على سبيل المثال : F16.959 التي المادة التي يسببها فينسيكليدين للاضطراب الذهانية ، مع بداية ، أو أثناء التسمم) .

وعندما يتم الحكم على مضمون واحد أو أكثر للعب دورا هاما في تطوير الأعراض الذهانية ، يجب أن يتم سرد كل على حدة (على سبيل المثال : F12.259 اضطراب شديد نتيجة تعاطي القنب) .

أما الاضطراب الذهانية ، مع بداية ، أو أثناء التسمم؛ F16.159 فيسبب اضطراب ذهاني خفيف نتيجة استخدام فينسيكليدين ، مع بداية أثناء التسمم) .

الخصائص التشخيصية للاضطراب الذهانية :

السمات الأساس للمادة التي يسببها الدواء / هى اضطراب ذهانية بارز من الأوهام أو الهلوسة (المعيار A) والذى يتم الحكم بأنه يعود إلى أعراض فسيولوجية نتيجة آثار من مادة الدواء (أي دواء من الاعتداء ، أو التعرض للسموم) (B) . الهلوسة أن يدرك الفردية مادة Medicationinduced ليست مدرجة هنا ، وبدلا من ذلك سيتم تشخيصها على أنها مادة تسمم أو سحب مادة مع محدد المرفقة " مع الاضطرابات الإدراكية "(ينطبق على الانسحاب ؛ القنب التسمم ؛ مهدئ ، منوم ، أو الانسحاب من مزيل القلق ؛ والتسمم من المنشطات) .

وتتميز المادة التي يسببها دواء اضطراب ذهانية من خلال النظر في بداية تعاطي المخدرات ، ويجب أن يكون هناك دليل من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية لتعاطي المخدرات ، والتسمم ، أو الانسحاب من الآثار التى يسببها الدواء / من أعراض ذهانية تؤدى إلى اضطرابات أثناء أو بعد التعرض مباشرة للدواء ، أو الانسحاب من مادة بعد التسمم ، والتى يمكن أن تستمر لأسابيع ، في حين أن بداية الاضطرابات النفسية قد يسبق ظهور نتائج تعاطي المخدرات والأدوية ، والتى قد تحدث خلال فترات الامتناع عن ممارسة الجنس .

وإذا ما بدأت مرة واحدة فقط ، فقد تستمر لفترة طويلة ، مصحوبة بأعراض ذهانية مثل مادة تواصل استخدام الدواء . وهناك اعتبار آخر هو وجود الخصائص الشاذة من اضطراب ذهانية أولى (على سبيل المثال : في بداية سن شاذ) . على سبيل المثال : ظهور الأوهام في الشخص الأكبر سنا من ٣٥ عاما بدون تاريخ معروف من اضطراب ذهانية أولى ، مما يشير إلى أن احتمال وجود مادة اضطراب ذهانية .

ولا يستبعد احتمال وجود اضطراب ذهانية للمادة التي يسببها الدواء ، حتى ف تاريخ سابق من اضطراب ذهانية أولى ، ويشمل استمرار الأعراض الذهانية لفترة طويلة

من الوقت (أي شهر أو أكثر) بعد انتهاء التسمم مادة أو الانسحاب مادة حادة أو بعد الإقلاع عن تعاطي الدواء ، أو تاريخ متكرر من الاضطرابات الذهانية الابتدائية . ويجب النظر في الأسباب الأخرى للأعراض ذهانية حتى الفردية منها مع التسمم من مادة أو الانسحاب منها .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

يمكن أن تحدث الاضطرابات النفسية بالتعاون مع التسمم مع الفئات المواد التالية : الكحول؛ القنب؛ المهلوسات ، بما في ذلك فينسيكليدين والمواد ذات الصلة ؛ والمستنشقات؛ المهدئات ، المنومات ، ومزيلات القلق؛ والمنشطات (بما في ذلك الكوكايين)؛ وغيرها من المواد (غير المعروفة) . ويمكن أن تحدث الاضطرابات النفسية بالتعاون مع الإنسحاب من الفئات التالية من المواد : الكحول؛ المهدئات ، المنومات ، ومزيلات القلق؛ وغيرها من المواد (غير المعروفة) .

وقد أفادت نتائج تناول بعض الأدوية لاستحضار أعراض ذهانية ، وتشمل أدوية التخدير والمسكنات ، ومضادات الكولين ، ومضادات الهيستامين ، الخافضة للضغط والأدوية القلبية الوعائية ، والأدوية المضادة للميكروبات ، والأدوية انتيباركينسونيان ، وما يتم بالعلاج الكيميائي (مثل السيكلوسبورين ، بروكاربازين) ، من أدوية الجهاز الهضمي ، ومرخيات العضلات ، والأدوية المضادة للالتهابات ، وغيرها التي لا يتم تناولها دون وصفة طبية (على سبيل المثال : فينيليفرين ، السودوإيفيدرين) ، المضادة لدواء الاكتئاب ، وديسفلفرام . وقد تحث السموم على ظهور أعراض ذهانية تشمل مضاد الكولينستراز ، والمبيدات الحشرية ، والفوسفات العضوي ، وغاز السارين ، وغازات الأعصاب الأخرى ، وأول أكسيد الكربون ، وثاني أكسيد الكربون ، والمواد الطيارة مثل الوقود أو الطلاء .

معدلات معدل الانتشار Prevalende :

معدل انتشار المادة التي يسببها دواء الاضطراب الذهانية في عموم السكان غير معروف، ويصل ما بين حوالى (٧ ٪ و٢٥ ٪) من الأفراد مع تقديم الحلقة الأولى من الذهان في ظروف مختلفة ، مع المادة التي يسببها الدواء للاضطراب الذهاني .

دورة النمو :

الشروع في الاضطراب قد يختلف اختلافا كبيرا مع مضمونه : على سبيل المثال : جرعة التدخين العالي من الكوكايين ، والذى قد ينتج الذهان في غضون دقائق ، في حين يحتاج الأمر إلى أيام ، أو إلى أسابيع من تناول الكحول بجرعات عالية ، أو استخدام المسكنات لإنتاج الذهان .

أما اضطراب ذهانية ، مع الهلوسة الناجم عن الكحول ، فلا يحدث عادة إلا بعد فترات طويلة من تناول الكحول الثقيل في الأفراد الذين لديهم اضطراب حادة من تعاطي الكحول .

الاضطرابات الذهانية الناجمة عن الأمفيتامين والكوكايين بسمات سريرية مماثلة : وقد تتطور أوهام الاضطهاد بسرعة بعد فترة قصيرة من استخدام المنشطات ، كما يمكن أن تؤدى الهلوسة من البق أو الحشرات الزاحفة في أو تحت الجلد (التنميل) بما يمكن أن يؤدي إلى خدش الجلد وسحجات واسعة النطاق . Cannabisinduced وقد يتطور الأمر إلى اضطراب ذهانية بعد وقت قصير من جرعة عالية من استخدام القنب ، وعادة ما تنطوي أوهام الاضطهاد والقلق الملحوظ ، على التوتر العاطفي ، وتبدد الشخصية .

وعادة ما تسود اضطرابات المسؤوليات في غضون يوم واحد و، لكن في بعض الحالات قد تستمر لبضعة أيام . والتي يسببها الدواء ، أو الاضطراب الذهانية الذى قد يستمر في بعض الأحيان ، كما قد يكون من الصعب تمييزه في البداية بصورة مستقلة عن الاضطراب الذهانية . وقد تسهم أدوية ومواد مثل الأمفيتامينات ، فينسيكليدين ، والكوكايين / فى استحضار الأعراض الذهانية المؤقتة التي يمكن أن تستمر أحيانا لأسابيع أو لفترة أطول على الرغم من إزالة العلاج مع الدواء المضاد للذهان ، والتى قد تحدث في وقت لاحق .

كما يُسهم الإفراط الدوائي وفقاً لظروف صحية إلى ظهور الشلل الرعاش ، وأمراض القلب ، والأوعية الدموية ، واضطرابات طبية أخرى ، والتي قد تترافق مع وجود احتمال أكبر للذهان الناجم عن الأدوية والوصفات الطبية / بدلا من تشخيصها وفقاً للذهان الناجم من مواد التعاطي .

التشخيص :

المواد ذات الصلة المتاحة مع مستويات الدم (على سبيل المثال : مستوى الكحول في الدم ، وغيرها من مستويات الدم للقياس الكمي مثل الديجوكسين) ، وجود مستوى ثابت مع السمية التى قد تزيد من يقين التشخيص . أما عواقب Functionai المادة Ivledication التي يسببها اضطراب Psycliotic المادة التي يسببها الدواء مثل الاضطراب الذهانية والذى عادة ما 'يسهم فى طلب الرعاية الحادة .

التشخيص التفاضلي :

تسمم مادة أو الانسحاب من الجوهر : الفرد المخمور بسبب المنشطات ، أو القنب (الحشيش) ، أو الميبيريدين الأفيونية ، أو فينسيكليدين ، أو تلك الحالة التى تحدث بعد الانسحاب من الكحول أو المهدئات ، وقد يواجه تصورات متغيرة كما أنه يُظهر آثار المخدرات .

وإذا كان اختبار تأثير المخدر لا زال قائماً (أي يعترف الفرد أن تلك التصورات والأوهام سببها جوهر المخدر) ، ولا يتم التشخيص بمادة اضطراب ذهانية يسببها الدواء . وبدلا من ذلك ، فإن مادة أو التسمم الناتج عن انسحاب المخدرات مع الاضطرابات الإدراكية ، ويجب أن يتم التشخيص (على سبيل المثال : الكوكايين التسمم ، مع الاضطرابات الإدراكية) . أما الهلوسة التي يمكن أن تحدث (بعد فترة طويلة من توقف) استخدام المهلوسات ، فيتم تشخيصها باستمرار اضطراب الهلوسة والتصورات .

في حالة حدوث أعراض من المادة التي يسببها أدوية مضادات الذهانية (حصرا / أو خلال) حالة الهذيان ، كما هو الحال في أشكال حادة من انسحاب الكحول ، كما تعتبرالأعراض الذهانية ميزة مرتبطة مع الهذيان ، ولا تتم بشكل منفصل ، كما يتم تشخيص الأوهام في سياق اضطراب عصبي رئيس أو اضطراب سلوكى عصبي خفيف أو كبير أو معتدل .

إضطراب ذهانية أولى : الاضطراب الذهانية التى يسببها الدواء يعرف بالاضطراب الذهانية الأولي ، مثل الفصام ، والاضطراب الفصامي العاطفي ، واضطراب الوهمية ، واضطراب ذهانية وجيز ، واضطراب الفصام المحدد ، وغيرها

من الاضطراب الذهانية أو انفصام الشخصية ، أو الاضطراب الذهانية ، من مادة ولم يتم الحكمعليه بأنه ذات الصلة Etiologically بالأعراض .

اضطراب ذهانية بسبب حالة طبية أخرى : والتى قد يسببها الدواء وفقاً للمعيار (A) وذلك لمادة اضطراب ذهانية بسبب العلاج الموصوف لحالة نفسية أو طبية ، وقد تكون بدايته حين يتلقي الفرد الدواء (أو أثناء الانسحاب منه ، أو إذا كانت هناك متلازمة انسحاب مرتبطة بالدواء) .

ولأن الأفراد مع الظروف الطبية غالبا ما يأخذوا أدوية لتلك الظروف ، لذا يجب على الطبيب النظر فى إحتمال بأن تلك الأعراض الذهانية قد تحدث بسبب العواقب الفسيولوجية للحالة الطبية بدلا من الدواء المستخدم ، وفي هذه الحالة الذهانية يتم تشخيص الاضطراب بسبب حالة طبية أخرى . وغالبا ما يتم تقديم التاريخ الأساس الأولى لمثل هذا التشخيص . وفي بعض الأحيان قد تكون هناك حاجة لتغيير العلاج لحالة طبية أخرى (على سبيل المثال : استبدال الدواء أو التوقف عنه) وذلك بهدف (التحديد التجريبي) لهذا الفرد ما إذا كان الدواء هو العامل المسبب أم لا . وإذا كان تأكد للطبيب بأن هذا الاضطراب يعزى إلى حالة طبية أو مادة نتيجة استخدام الدواء - على حد سواء- فإن التشخيص يكون (اضطراب ذهانية بسبب طي آخر / كما يمكن / تشخيصه كحالة اضطراب ذهانية ، والتي يسببها الدواء) أو اضطراب ذهانية بسبب حالة طبية أخرى .

معايير التشخيص :

أ . الهلوسة أو الأوهام البارزة .

ب . مع وجود أدلة من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية بأن الاضطرابات المرضية في جسم المريض هي نتيجة مباشرة لحالة طبية أخرى .

ج . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر .

د . لا تحدث الاضطراب حصرا أثناء سير هذيان .

هـ . يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريريا أو ضعف في الجوانب الاجتماعية والمهنية ، أو فى المجالات الأخرى الهامة من الأداء .

تحديد ما إذا كان :

رمز القائمة على الأعراض الغالبة : -

- (F06.2) مع أوهام : إذا كانت أعراض الأوهام هي الغالبة .
- (F06.0) مع الهلوسة : إذا كانت أعراض الهلوسة هي الغالبة .

ملاحظة الترميز : ويشمل اسم حالة طبية أخرى ، تحت مسمى اضطراب عقلي (على سبيل المثال : [F06.2] اضطراب ذهانية بسبب ورم خبيث في الرئة ، مع الأوهام) . وينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى ، وسرد كل حالة على حدة فورا قبل تشخيصها باضطراب ذهانية بسبب حالة طبية (على سبيل المثال : [C34.9] ورم الرئة الخبيث ؛ [F06.2] 'يشخص باضطراب ذهانية بسبب ورم خبيث في الرئة ، مع الأوهام) .

تحديد شدة الحالة :

يتم تصنيف شدة الحالة من قبل التقييم الكمي للأعراض الأولية للذهان ، بما في ذلك الأوهام ، والهلوسة ، والسلوك النفسي الشاذ ، والأعراض السلبي . وكل من هذه الأعراض قد تكون لها تقييما يتبع شدة الحالة (أشد في آخر ٧ أيام) على مقياس مكون من خمسة نقاط تتراوح من : (صفر /غير موجودة) إلى (٤/ حاضرة وشديدة) . (يجب مراجعة تقييم أبعاد الذهان ، وأعراض الخطورة في فصل " تدابير التقييم " .) ملاحظة : تشخيص الاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية أخرى يمكن أن يتم دون استخدام تلك الشدة المحددة .

المحددات :

بالإضافة إلى مناطق ومجالات الأعراض المحددة في معايير التشخيص ، فإن تقييم الإدراك ، والاكتئاب ، وأعراض الهوس ، وغيرها من المجالات ، والتى تعد أمراً حيوياً للتوصل إلى الفروق الكبيرة المهمة بين مختلف أطياف الفصام وغيرها من الاضطرابات الذهانية .

الخصائص التشخيصية :

الخصائص الأساس للاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية أخرى بارزة الأوهام أو الهلوسة التي يتم الحكم عليه بأنه يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية من حالة طبية

أخرى ولا يتم شرحها بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال : والأعراض لا تمثل استجابة نفسية لحالة طبية شديدة ، وفي هذه الحالة يشخيص باضطراب ذهانية وجيز ، مع الضغوطات الملحوظة ، وهو من شأنه أن يكون مناسبا) .

يمكن أن تحدث الهلوسة بأي طريقة (حسية ، أو بصرية ، شمية ، ذوقية ، لمسي ، أو سمعية) ، ولكن بعض العوامل المسببة ومن المرجح أن تثير الهلوسة المحددة الظواهر . وتوحي الهلوسة الشمية إلى صرع الفص الصدغي للدماغ .

وقد تختلف الهلوسة فى الدرجة من بسيطة / إلى غير متشكلة / إلى معقدة للغاية / إلى منظمة ، وهذا يتوقف على العوامل البيئية المسببة لها . أما الاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية أخرى فعموما لم يتم تشخيصه إذا يحافظ الفرد على ذاته عند إجراء اختبار الهلوسة ، والمقدر أنها تنجم عن حالة طبية . وقد تتشكل الأوهام من مجموعة متنوعة من المواضيع ، بما في ذلك الجسدية ، أو مع الشعور بالاضطهاد وهو الأكثر شيوعاً ، ومع ذلك ، فإن الجمع بين الأوهام وخاصة الطبية منها قد يظهر ظروفاً لتكون أقل تحديدا مما هو عليه الحال بالنسبة للهلوسة .

وقد يتم تحديد ما إذا كان الاضطراب الذهانية يعزى إلى آخر حالة طبية ، أم لا ، والتى تعتبر أحد مسببات الذهان من خلال آلية فسيولوجية ، وعلى الرغم من عدم وجود مبادئ توجيهية لتحديد ما إذا كانت تلك العلاقة تتم بين اضطراب ذهانية مع حالة طبية ، مع توفير العديد من المحددات المسببة لها .

كما يوجد ارتباط زمني بين بداية الاضطراب الذهانية ، تفاقمه ، أو حدوث مغفرة (تعاق) للحالة الطبية . كما يتم النظر فى وجود الخصائص الشاذة للاضطراب الذهانية (على سبيل المثال : العمر غير النمطي عند بدء أو وجود هلاوس بصرية أو شمية) . ويجب التفريق بين الاضطراب / وبين المادة التي يسببها الدواء للاضطراب الذهانية أو لأخر اضطراب عقلي (مثل ، اضطراب التكيف) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص : يمكن أن يعزى تشخيص الأوهام أو الهلوسة إلى فحص طبي بشرط أن يشمل عوامل إضافية للعلاج المصاحب الكامن من حالة طبية قد تؤدى إلى حدوث خطر الذهان بشكل مستقل ، مثل العلاج بالستيرويد لاضطرابات المناعة الذاتية .

معدلات معدل الانتشار Prevalende :

معدل انتشار الاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية أخرى يصعب تقديره نظراً لمجموعة واسعة من المسببات الطبية الأساس . أما معدل الانتشار (مدى الحياة) فيقدر بما يمكن أن يتراوح بين (٠,٢١ ٪ إلى ٠,٥٤ ٪ .) عندما تكون نتائج معدل الانتشار بصورة - طبقية - حسب الفئة العمرية ، فالأفراد الأكبر سنا من ٦٥ سنة مع معدل انتشار أكبر بكثير من ٠,٧٤ ٪ وذلك بالمقارنة مع تلك الموجودة في الفئات العمرية الأصغر سنا . كما تختلف حالات الذهان أيضاً وفقا إلى الحالة الطبية الكامنة ، أما الظروف الأكثر شيوعا والمرتبطة بالذهان وتشمل الغدد الصماء ، والاضطرابات الأيضية غير المعالجة ، واضطرابات المناعة الذاتية (على سبيل المثال : الذئبة الحمامية الجهازية ، ومستقبلات المناعة الذاتية لالتهاب الدماغ) أو صرع الفص الصدغي .

وقد يسبب الذهان الصرع ، أما الأكثر شيوعا من اضطرابات الذهان ، فقد لوحظت في ٢ ٪ - ٧,٨ ٪ من مرضى الصرع ، قد توجد أعلى معدلات الانتشار بين الأفراد الأكبر سنا Prevalende وذلك لصالح الإناث ، على الرغم من الخصائص الإضافية المتعلقة بنوع الجنس غير الواضحة ، والتي تختلف إلى حد كبير مع توزيعات الجنسين ، مع الظروف الطبية .

دورة نمو المرض :

قد يحث الاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية أخرى ، وقد تكون بسبب حالة واحدة عابرة أو أنها قد تكون متكررة ، لهذا التسارع مع تفاقم الهجوم كشرط طبي أساس . وعلى الرغم من أن العلاج من حالة طبية كامنة ، غالبا ما تؤدي إلى حدوث الذهان ، ولكن لا يتم ذلك بصورة دائمة ، وربمااستمرت الأعراض الذهانية بعد فترة طويلة من هذا الحدث الطبي (على سبيل المثال : اضطراب ذهانية بسبب إصابات الدماغ) .

والذى يتم في سياق من الحالات المرضية المزمنة مثل التصلب المتعدد أو الذهان المزمن ، والصرع ، والذهان ، والذى قد يستمر على المدى الطويل . ولا يختلف التعبير عن الاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية أخرى إلى حد كبير اعتمادا على زمن حدوثها . ومع ذلك ، فإن مجموعات كبار السن لديهم أعلى معدلات الانتشار مع هذا

الاضطراب ، والذي هو على الأرجح يحدث نتيجة لزيادة العبء الطبي المرتبط بالسن المتقدمة والآثار التراكمية الضارة والمرتبطة بالعمر (على سبيل المثال : تصلب الشرايين) .

أما الطبيعة الكامنة فمن المرجح أن تتغير عبر عمر الظروف الطبية ، كما تعد الفئات العمرية الأصغر سنا أكثر تأثراً بالصرع ، وبصدمات الرأس ، وبنقص المناعة الذاتية ، وأمراض الأورام / وذلك في وقت مبكر حتى منتصف العمر .

أما الفئات العمرية الأكبر سنا أكثر فقد يتأثروا بمرض السكتة الدماغية ، وبمتاعب نقص الأكسجين ، وقد تنطوى العوامل الكامنة مع زيادة العمر ، مثل قبل ضعف العوامل المعرفية ، فضلا عن ضعف البصر والسمع العاهات الأخرى ، والتى تنطوي على مخاطر كبيرة للذهان .

المخاطر والعوامل المنذرة :

- ☒ المعدلات . تتحدد المعدلات والعوامل المنذرة بعلاج حالة طبية كامنة ، والتى قد تتواجد نتيجة إصابة الجهاز العصبي المركزي .
- ☒ تعد النتائج الأسوأ للعوامل المنذرة (على سبيل المثال : صدمات الرأس ، الأمراض الدماغية الوعائية) .

التشخيص :

يتم تشخيص اضطراب ذهانية بسبب حالة طبية أخرى يتستند إلى حالة سريرية ، ومع حالة الفرد ، مع الاختبارات التشخيصية ، والتى تختلف وفقا لهذا الشرط .

أما المجموعة المتنوعة من الظروف الطبية فقد تسبب أعراض ذهانية . وتشمل هذه الحالات العصبية (الأورام والأمراض الدماغية الوعائية ، ومرض هنتنجتون ، والتصلب المتعدد والصرع السمعي البصري ، أو الإصابة العصبية ، والصداع النصفي ، والتهابات الجهاز العصبي المركزي) ، وخلل الغدد الصماء (مثل فرط أو قصور الغدة الدرقية ، فرط أو قصور الدريقات ، وفرط وقصور القشرة الكظرية) ، وحالات التمثيل الغذائي (على سبيل المثال : نقص الأكسجة ، Hypercarbia ، نقص السكر في الدم) ، وأمراض الكلى ، واضطرابات المناعة الذاتية بمشاركة الجهاز العصبي المركزي . (على سبيل المثال : الذئبة الحمامية الجهازية) . وتعكس النتائج المختبرية معدلات الانتشار ظهور أنماط سلوكية أو طبية تعكس الشروط المسببة لها .

خطر (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) .

خطر (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) في سياق اضطراب ذهانية آخر ، أو بسبب حالة طبية أخرى غير محددة بوضوح ، تعزى إلى شروط معينة : مثل الصرع ومرض التصلب المتعدد المرتبط بزيادة معدلات (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) ، والذى قد يزداد في ظل وجود الذهان .

العواقب الوظيفية من اضطراب الذهنية :

نظرا لحالة آخرى من الإعاقة الوظيفية الشديدة في سياق اضطراب ذهانية ، بسبب آخر حالة طبية ، والتي تختلف وفقا لنوع الحالة إلى حد كبير ، ولمدى التحسين المحتمل لهذه الحالة .

التشخيص التفاضلي :

الهذيان : تحدث الهلوسة والاوهام عادة في سياق الهذيان ؛ ومع ذلك ، فإن تشخيص الاضطراب الذهانية المنفصل بسبب حالة طبية أخرى ، وقد لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير الهذيان . كما يتم تشخيص الأوهام في سياق تشخيص اضطراب عصبي رئيس أو خفيف ، أو مع اضطراب عصبي خفيف ، أو مع الاضطراب السلوكي .

مادة الاضطراب الذهانية التي يسببها الدواء : ويتحقق دليل تعاطي المخدرات لفترات طويلة (بما في ذلك الآثار النفسية مع الأدوية) والانسحاب من مادة ، أو التعرض لمادة سامة (مثل LSD [حمض الليسرجيك ايثيلاميد] والتسمم والانسحاب من الكحول) مما قد يسبب اضطراب ذهانية ، وهو ما ينبغي النظر فيها . أما الأعراض التي تحدث أثناء أو بعد فترة وجيزة (أي في غضون ٤ أسابيع) من مادة التسمم أو الانسحاب أو بعد استعمال الدواء فقد تدل على المادة الناجمة عن اضطراب ذهانية ، اعتمادا على المدة ، أو المادة المستخدمة . وإذا لم ينظر إلى اضطراب الحالة الطبية ومضمون إستخدامها ، فيتم التشخيص (بالاضطراب الذهانية بسبب آخر حالة طبية أو تعاطى مادة مثل ما يسببه الدواء للاضطراب الذهانية) المحدد .

التمييز بين الاضطراب الذهانية وغيره من الحالات الأخرى :

يجب التمييز بين اضطراب ذهانية بسبب حالة طبية أخرى/ من اضطراب ذهانية آخر (مثل الفصام ، واضطراب الوهمية ، والاضطراب الفصامي العاطفي) أو الاضطراب الثنائي القطب أوالاكتئاب ، مع ميزات ذهانية .

وقد ترتبط الاضطرابات الذهانية والاكتئاب أو اضطرابات القطبين ، / مع أعراض ذهانية ، أي محددة ومباشرة بآليات فسيولوجية مسببة ، والمرتبطة بحالة طبية أخرى .

العمر في وقت متأخر من ظهور وغياب التاريخ الشخصي أو العائلي من مرض انفصام الشخصية أو اضطراب الوهمية ، والتي تشير إلى الحاجة لإجراء تقييم شامل لاستبعاد تشخيص الاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية أخرى . وقد تنطوي الهلوسات السمعية وهذه الجمل المعقدة المتصلة بالأصوات الناطقة ، والتي تعد من أكثر سمات الفصام ومن الاضطراب الذهانية بسبب حالة طبية . أما الأنواع الأخرى من الهلوسة (على سبيل المثال : البصرية ، والشمية) فتشير عادة إلى اضطراب ذهانية بسبب حالة طبية أخرى ، أو عن المادة التي يسببها دواء الاضطراب الذهانية .

الاعتلال المشترك :

اضطراب ذهانية بسبب حالة طبية أخرى لدى الأفراد الأكبر سنا من عمر ٨٠ عاما والذى يرتبط باضطراب عصبي متزامنة رئيس (الخرف) .

الجامود (التخشب) :

يمكن أن يحدث جامود التخشب في سياق العديد من الاضطرابات ، بما في ذلك ذهانية النمو العصبي ، وثنائية القطب ، واضطرابات الاكتئاب ، والحالات الطبية الأخرى (على سبيل المثال : نقص حمض الفوليك الدماغي ، واضطرابات المناعة الذاتية ا الورمية النادرة . ولا يوجد علاج للجامود كفئة مستقلة والذى يتضح مع : -

أ) الاضطراب العقلي المرتبط مع جامود آخر (أي اضطراب النمو العصبي ، والاضطراب الذهانية ، والهوس الاكتئابي مع اضطراب عقلي وغيرها) .

ب) اضطراب مشلول بسبب طبي آخر الشرط .

ج) جامود غير محدد .

يتم تعريف الجامود مع وجود ثلاثة أو أكثر من (١٢ من الخصائص الحركية وفقاً للمعايير التشخيصية لاضطراب جامود مرتبطة باضطراب عقلي آخر ومشلول بسبب حالة طبية أخرى .

وسمة أساس من سمات الجامود هو الحركية الملحوظة / هو انخفاض النشاط الحركي ، واضطراب المشاركة خلال المقابلة ، أو الفحص البدني ، والنشاط المفرط أو غير العادي ، والحركية . وقد تكون الاضطرابات الحركية ملحوظة مع مجموعة من الانفعالات ، وقد ترتبط قد بجمود حركي شديد ، وذهول معتدل (مع جمود ومرونة شمعية) .

وبالمثل قد يحدث انخفاض شديد فى المشاركة (خرس) أو معتدلة (سلبية) . أو محرك مفرط وملتوي بما يمكن أن يعقد السلوكيات (على سبيل المثال : النمطية) أو (تحريض) وقد يشمل لفظ وأداء صدوي .

أما المظاهر السريرية فتبدو متعارضة مع التشخيص ، والذى يتضح مع قلة الوعي وانخفاض الاعتراف بالجامود ، من خلال المراحل الحادة من الجامود ، وقد يحتاج الفرد إلى الحذر ، وتجنب إيذاء النفس أو إيذاء الآخرين . كما أن هناك لمخاطر لمحتملة من سوء التغذية ، والإرهاق ، وفرط السخونة والإصابة الذاتية .

الاضطراب العقلي (الاغماء المحدد بتخشب) (F06.1) ؛

تهيمن الصورة السريرية من قبل ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية : -

١. ذهول (أي نشاط النفسي ، لا يتعلق بنشاط ينتمى إلى البيئة) .
٢. الجمودة (أي تحريض على الموقف السلبي ضد الواقع المحيط به) .
٣. شمعي المرونة (أي ضعيف المقاومة فى تحديد الخلل من قبل الفاحص) .
٤. خرس (أي ، لاتوجد استجابة لفظية إلا قليل جدا [استبعاد حبسة إذا كان معروفا]) .
٥. السلبية (أي المعارضة أو لأية استجابة للمؤثرات الخارجية أو التعليمات) .
٦. المواقف (أي صيانة عفوية ونشطة ضد الواقع المحيط به) .
٧. تأنق (أي افتعال إصورة كاريكاتيرية ظرفية نحو الإجراءات القياسية) .
٨. نمطية (أي نمط متكرر ، وكثير بشكل غير طبيعي ، موجه بحركات غير هادفة) .

٩. التحريض ، لا يهتم بالمؤثرات الخارجية .
١٠. مقتطب / جاف .
١١. لفظ صدوي (أي محاكاة بترديد الكلام) .
١٢. أداء صدوي (أي محاكاة حركات شخص آخر) .

ملاحظة الترميز : اذكر اسم من الاضطراب العقلي عندما يتم تسجيل اسم الشرط [F06.1] الإغماء بتخشب المرتبطين مع اضطرابات الاكتئاب الكبرى . أول مدونة لها إظهار الفوضى العقلية المرتبطة (على سبيل المثال : باضطراب النمو العصبي ، اضطراب ذهانية وجيز ، أو اضطراب فصامي الشكل ، والفصام ، واضطراب فصامي عاطفي ، الاضطراب الثنائي القطب ، اضطراب الاكتئاب الشديد ، واضطراب عقلي أو غيرها) (على سبيل المثال : [F25.1] اضطراب فصامي عاطفي ؛ [F06.1] اكتئاب جامودى (تخشبي) مرتبط باضطراب فصامي عاطفي) .

الخصائص التشخيصية :

الجامود - التخشب - المرتبط مع اضطراب عقلي آخر (جامود محدد) يمكن أن يستخدم فى التشخيص عندما يتم استيفاء معايير الجامود خلال مسار النمو العصبي لكل من : ذهانية ، بين القطبين ، الاكتئاب ، أوغيره من الاضطرابات الذهانية .

أما الجامود المحدد فيتميز بالصورة السريرية من قبل اضطراب نفسي ملحوظ ، والذى ينطوي على ثلاثة على الأقل من السمات التشخيصية الـ (١٢ المدرجة في المعيار A) وعادة ما يتم تشخيص الجامود في بيئة المرضى الداخلية (المنزل / العمل) والذى يحدث في ما يصل الى ٣٥ ٪ من الأفراد المصابين بالفصام ، وتشمل غالبية الحالات الأفراد مع اكتئاب الجامود ، أو اضطرابات القطبين . قبل الاستخدام المحدد للجامود في النمو العصبي ، والذهانية ، والهوس الاكتئابي ، والاكتئاب ، والاضطرابات النفسية الأخرى ، وأيضاً مع مجموعة متنوعة واسعة من الحالات الطبية الأخرى ؛ وتشمل - وليس على سبيل الحصر - الحالات الطبية المعدية ، واضطراب التمثيل الغذائي ، أو الحالات العصبية (انظر " اضطراب مشلول بسبب حالة طبية أخرى ") .

أيضاً الإغماء بتخشب ، والذى يمكن أن يحدث مع الآثار الجانبية للدواء (انظر فصل اضطرابات التطبيب الناجمة عن الآثار السلبية الأخرى للأدوية) ونظراً لخطورة هذه المضاعفات ، لا سيما مع إحتمال أن يعزى إلى جامود (G21.0) .

معايير التشخيص (F06.1) :

أولاً : تهيمن الصورة السريرية من قبل ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية : -

١.ذهول (أي نشاط النفسي ، لا يتعلق بنشاط ينتمى إلى البيئة) .

٢.الجمودة (أي تحريض على الموقف السلبي ضد الواقع المحيط به) .

٣. شمعي المرونة (أي ضعيف المقاومة فى تحديد الخلل من قبل الفاحص)

٤. خرس (أي ، لاتوجد استجابة لفظية إلا قليل جدا [استبعاد حبسة إذا كان معروفا]) .

٥. السلبية (أي المعارضة أو لأية استجابة للمؤثرات الخارجية أو التعليمات) .

٦.المواقف (أي صيانة عفوية ونشطة ضد الواقع المحيط به) .

٧. تأنق (أي إفتعال إصورة كاريكاتيرية ظرفية نحو الإجراءات القياسية) .

٨. نمطية (أي نمط متكرر ، وكثير بشكل غير طبيعي ، موجه بحركات غير هادفة) .

٩. التحريض ، لا يهتم بالمؤثرات الخارجية .

١٠. مقتطب / جاف .

١١.لفظ صدوي (أي محاكاة بترديد الكلام) .

١٢. أداء صدوي (أي محاكاة حركات شخص آخر) .

ثانياً : هناك أدلة من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية بأن الاضطرابات المرضية في جسم المريض هى نتيجة مباشرة لحالة طبية أخرى .

ثالثاً : لا يتم شرح الاضطراب بصورة أفضل عقليا عن طريق اضطراب آخر (على سبيل المثال : نوبة جنون) .

رابعاً : اضطراب لا يحدث حصريا أثناء هذيان .

خامساً : اضطراب يسبب ضائقة مهمة سريريا أو ضعف في الجوانب الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

ملاحظة الترميز : يتم تضمين اسم الحالة الطبية في الاعتبار، واسم اضطراب (على سبيل المثال [F06.1] اضطراب مشلول بسبب اعتلال فى الدماغ الكبدي) . ومن جهة أخرى ينبغي ترميز الحالة الطبية وسرد كل حالة على حدة ، من قبل اضطراب جامود (مشلول) بسبب حالة طبية (على سبيل المثال : [K71.90] اعتلال الدماغ الكبدي .

اضطراب جامود مشلول بسبب اعتلال الدماغ الكبدي [F06.1] :

الخصائص التشخيصية :

السمة الأساس من سمات اضطراب جامود مشلول بسبب حالة طبية أخرى هي وجود جامود والتي تم تصنيفها إلى أن 'تعزى إلى تأثيرات فسيولوجية طبية . ويمكن تشخيص الجامود عن طريق وجود ثلاثة على الأقل من السمات السريرية الـ (١٢ في المعيار A) ويجب أن يكون هناك دليل من التاريخ ، والفحص البدني ، أو أن الجامود يعزى إلى نتائج مختبرية ، أو يعزى إلى حالة طبية أخرى (B) . ولا ينظر فى تشخيص الجامود العقلي ، إذا فسر من جانب آخر اضطراب (مثل نوبة جنون) (C) أو إذا كان يحدث حصريا خلال حالة هذيان عام (D) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

المجموعة المتنوعة من الظروف الطبية قد تسبب جامود ، وبخاصة مع الحالات العصبية (على سبيل المثال : الأورام ، وصدمات الرأس ، وأمراض الأوعية الدماغية والتهاب الدماغ) والتمثيل الغذائي المشروط (على سبيل المثال : فرط كالسيوم الدم ، واعتلال الدماغ الكبدي ، والحماض الكيتوني السكري[1] (Diabetic

---

(١) الحماض الكيتوني للسكري **(Diabetic Ketoacidosis)** هو عرض سريري حاد لنقص الأنسولين المطلق. لذلك فإن هذا العرض يميز مرضى السكري من النمط ١، (Diabetes mellitus type 1)، فيه خلايا البنكرياس التي تنتج الأنسولين (Langerhans' islets) تكون مدمرة. ومع ذلك، يمكنك أيضا مشاهدة هذه الظاهرة لدى المرضى الذين يعانون من مرض السكري من النمط ٢ **(Diabetes** mellitus type 2) لسنوات كثيرة، حيث يحدث انخفاض في عمل خلايا المفرزة للأنسولين مع مرور السنين.

Ketoacidosis) . وتؤكد نتائج الفحص البدني والنتائج المختبرية ، بأن أنماط معدل الانتشار يبدأ مع ظهور حالة طبية مسببة له .

التشخيص التفاضلي :

التشخيص المنفصلة من اضطراب مشلول - بسبب حالة طبية أخرى - قد لا ُيشخص حصريا بجامود ، والذى يحدث أثناء الهذيان ، أو متلازمة الذهان الخبيثة . وإذا كان التشخيص الحالى بالذهان المرتبط باضطرابات الحركة الناتج عن دواء ، فينبغى النظر فى المادة التي يسببها الدواء (على سبيل المثال : تحديد المواقع الشاذة ، والتى قد تكون راجعة إلى خلل التوتر الناجم عن ذهان حاد) أو متلازمة الذهان الخبيثة (على سبيل المثال : مشلول مع ميزات قد تكون موجودة ، جنبا إلى جنب مع علامة حيوية) .

أما أعراض مشلول (جامود) فقد تكون موجودة في أي من الخمسة التالية من الاضطرابات النفسية : اضطراب ذهانية وجيزة / واضطراب فصامي الشكل / والفصام / اضطراب فصامي عاطفي / ومادة اضطراب ذهانية التي يسببها الدواء / وقد تكون موجودة أيضاً في بعض الاضطرابات العصبية النمائية ، في كل من القطبين والاكتئاب ، والاضطرابات النفسية الأخرى غير المحددة بالإغماء والتخشب .

وتنطبق هذه الفئة إلى العروض التقديمية في أي من الأعراض المميزة لجامود قد يسبب الضيق السريري الهام أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من الوظائف ، وتظل طبيعة هذا الاضطراب العقلي كامناً ، أو كحالة طبية غير واضحة ، ولا يتم الوفاء الكامل لمعايير الجامود ، فى ظل عدم كفاية المعلومات لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

ملاحظة الترميز : الرمز الأول (R29.818) ويرتبط بأعراض عصبية أخرى مع نظم العضلات والعظام التى تليها (F06.1) .

جامود غير محدد : مثل الفصام وغيره من أي اضطرابات نفسية أخرى (F28) وتنطبق هذه الفئة على الأعراض المميزة لمرض انفصام الشخصية ، واضطراب الطيف

وغيرها من الاضطرابات الذهانية التي تسبب ضيق أو ضعف سريري هام سريريا في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من المهام التى تسود فى الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات طيف الفصام وغيرها من الاضطرابات الذهانية وفقاً لفئة التشخيص . وغيرها من فئة اضطراب ذهانية المحدد ، والذى يستخدم في الحالات التي يختار الطبيب فيها بأن سبب الأعراض المحدد لا يفي بالمعايير الخاصة بأي من الفصام المحدد ، وغيرها من طيف الاضطراب الذهاني . ويتم ذلك من خلال تسجيل" الفصام المحدد وغيره من اضطراب الطيف الذهاني " المتبوع بسبب محدد (على سبيل المثال : هلوسات سمعية ثابتة) .

أمثلة من العروض التى يمكن تحديدها باستخدام هذا "الآخر المحدد" للتعيين ويشمل ما يلي : -

١. liallucinations السمعية المستمرة التي تحدث في حالة عدم وجود أي ميزات أخرى .
٢. **Deiusions** مع حلقة المزاج المتداخلة : وهذا يشمل الأوهام المستمرة مع فترات من حلقات المزاج المتداخلة ، والتي قد تكون موجودة مع اضطراب الوهمية (وينص هذا المعيار على أن المزاج لم يتم الوفاء به مع اضطراب الوهمية) .
٣. ويتميز هذا التناظر مثل الذهانية : ومتلازمة psychiosis الأعراض الموهنة ، وهى التى تحدث دون عتبة الذهان الكامل (على سبيل المثال : والأعراض هي أقل شده وعابرة ، وتتميز بالبصيرة) .
٤. أعراض **Deiusionai** في الاضطراب المزدوج : في سياق العلاقة ، مع مواد توهمية والتى قد لا تفي بالمعايير الكلية لاضطراب الوهمية .

طيف الفصام غير المحدد واضطرابات نفسية أخرى (**F29**) :

وتنطبق هذه الفئة على العروض أي من الأعراض المميزة لمرض انفصام الشخصية ، واضطراب الطيف وغيرها من الاضطرابات الذهانية التي تسبب ضيق أو ضعف سريري هامة في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من المهام التى تسود فى الأداء ، ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات طيف الفصام وغيرها من الاضطرابات .

فئة تشخيص للاضطرابات الذهانية : طيف الفصام غير المحدد وغيره يستخدم فئة الاضطراب الذهانية في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد سبب لهذا الذى لم يتم استيفاء معايير طيف الفصام المحددة وغيرها من الاضطرابات الذهانية ، ويشمل عروضا في أي معلومات غير كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

وتم فصل اضطرابات القطبين وذات الصلة فى المعيار (B) من الاضطرابات الاكتئابية ، وقد وضع بين فصول DSM-5 لانفصام الشخصية وغيره من اضطرابات الطيف الذهاني ، واضطرابات الاكتئاب ، والتى هى بمثابة جسر بين فئتين من التشخيص / وذلك من حيث الأعراض والتاريخ العائلي ، وعلم الوراثة .

كما أن التشخيصات المدرجة في هذا الفصل هي الاضطراب الثنائي القطب I ، II واضطراب ثنائي القطب ، واضطراب دوري المزاج ، والاضطراب ذات الصلة ، وما يتصل به ممن يسببه الدواء للاضطراب بسبب حالة طبية أخرى ، وغيرها من الاضطراب الثنائي القطب المحدد وذات الصلة ، والاضطراب ثنائي القطب غير المحددة وذات الصلة .

معايير الاضطراب ثنائي القطب الغالبية العظمى من الأعراض لدى الأفراد الذين يستوفون معايير نوبة جنون Syndromal بالكامل لديهم أيضاً تجربة نوبات الاكتئاب الكبرى أثناء حياتهم .

أما الاضطراب ثنائي القطب الثاني ، فيتطلب حلقة Hypomanie واحدة على الأقل من الاكتئاب الشديد ، ويشير اضطراب الاكتئاب واضطراب دورى المزاج والذى يتسم بعدم الاستقرار التي يعاني منها الأفراد مع ثنائي القطب الثاني والذى يرافق عادة اضطراب الإعتلال الخطير في المهام الاجتماعية .

ونظرا لتشخيص اضطراب دوروية المزاج للبالغين الذين يعانون منه على مدى سنتان على الأقل (بالنسبة للأطفال ، لمدة سنة كاملة) من كل حلقة Hypomanie مع فترات من الاكتئاب دون تحقيق أي من معايير حلقة من الهوس ، والهوس الخفيف ، أو الاكتئاب الشديد .

وهناك عدد كبير من مواد التعاطي ، والتى منها بعض الأدوية الموصوفة ، والتى يمكن أن تترافق مع الحالات الطبية الظاهرة مثل الهوس . وهذه الحقيقة معترف بها في

التشخيصات الموضوعية التي تسببها أدوية الاضطراب الثنائي القطب ، وما يتصل بها من اضطراب بسبب حالة طبية أخرى .

لدى العديد من الأفراد ، وبخاصة الأطفال وبشكل أقل لدى المراهقين ، تجربة مع اضطراب القطبين ، ولكنها لا تفي بمعايير اضطراب ثنائي القطب ، ولا تنعكس على اضطراب دوروية المزاج المحدد .

اضطراب ثنائي القطب الأول :

معايير التشخيص :

حتى يتم تشخيص الاضطراب ثنائي القطب I ، فمن الضروري أولاً تلبية المعايير التالية لحلقة الهوس ربما كان يسبقه / أو يعقبه حالة هوس خفيف أو نوبات إكتئاب كبرى ، وذلك كما يلى : -

أولاً : فترة متميزة (حلقة) تتم بشكل غير طبيعي وبإصرار مرتفع ، وتوسعي ، أو عصبي المزاج وبشكل غير طبيعي وباستمرار / مع زيادة النشاط الموجه نحو الهدف أو الطاقة الدائمة في لا يقل عن مرة واحدة في الأسبوع والحاضرة فى معظم اليوم ، ولكل يوم تقريبا (أو أي مدة من الاستشفاء الحيوى) .

ثانياً : خلال فترة اضطراب المزاج وزيادة الطاقة أو النشاط ، مع ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية (وأربعة إذا كان المزاج عصبي فقط) أو موجود بدرجة كبيرة ، بما يمثل تغيراً ملحوظاً من السلوك المعتاد : -

١. تضخم تقدير الذات .
٢. تناقص الحاجة إلى النوم (على سبيل المثال : يشعر براحة بعد ٣ ساعات فقط من النوم) .
٣. أكثر حميمية من المعتاد أو الضغط على مواصلة المحادثات .
٤. طيران الأفكار أو تجربة ذاتية مع الأفكار المتسارعة .
٥. التشتت (أي لفت الانتباه بسهولة جدا لما هو غير مهم أو غير ذات صلة خارجي بالمحفزات) .
٦. زيادة في النشاط الموجه غير الهادف (إما اجتماعيا ، في العمل أو المدرسة ، أو عن طريق الاتصال الجنسي) أو الانفعالات الحركية (أي نشاط موجه غير هادف) .

٧. الافراط في التورط في أنشطة قد تكون لها قدرة عالية على إحداث عواقب مؤلمة (على سبيل المثال : في المرح ، والشراء المنفلت ، الطائشة الجنسية ، أو الاستثمارات التجارية الناتجة عن الحماقة) .

ثالثاً : اضطراب المزاج الحاد بما فيه الكفاية ليسبب ضعف ملحوظ في المهام الاجتماعية أو المهنية ، والتى تتطلب دخول المستشفى لمنع الضرر على النفس أو على الآخرين ، مع ميزات ذهانية .

رابعاً : لا تعزى الحلقة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل المخدرات من سوء المعاملة ، والدواء ، والعلاجات الأخرى) أو إلى حالة طبية أخرى .

ملاحظة : تظهر حلقة الهوس الكامل خلال العلاج المضاد للاكتئاب (على سبيل المثال : الأدوية ، العلاج بالصدمة الكهربائية) وإذااستمرت على مستوى أبعد من متلازمة Syndromal كاملة ، والناتجة عن التأثير الفسيولوجي للعلاج كأدلة كافية لنوبة جنون ، وبناء على ذلك ، يتم تشخيصه باضطراب القطبين .

ملاحظة : معايير **A - D** يمكن أن تشكل نوبة جنون . والتى تتم لمرة واحد على الأقل مدى الحياة ، مع حلقة الهوس ، حتى يتم تشخيص اضطراب ثنائي القطب الأول .

الحلقة Hypomanie :

أولاً : هى فترة متميزة بشكل غير طبيعي وتتم بإصرار مرتفع ، مع توسعية فى المزاج العصبي ، وبشكل غير طبيعي ونشاط متواصل ، أو زيادة فى الطاقة الدائمة ، ولا يقل عن أربعة أيام متتالية معظم الأيام والحاضرة فى كل يوم تقريبا .

ثانياً : وخلال فترة اضطراب المزاج وزيادة النشاط والطاقة ، فإن ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة إذا كان المزاج عصبي فقط) قد لا تزال قائمة ، وتمثل تغير ملحوظ من السلوك المعتاد ، وإن كان موجوداً إلى كبيرة درجة : -

١. تضخم تقدير الذات أو العظمة .

٢. تناقص الحاجة إلى النوم (على سبيل المثال : يشعر براحة بعد ثلاث ساعات فقط من النوم) .

٣. أكثر حميمية من المعتاد أو الضغط على مواصلة المحادثات .

٤. أفكار طيارة ، أو تجربة ذاتية مع الأفكار التي تتسابق .

٥. التشتت (أي لفت الانتباه بسهولة جدا لغير المهم أو غير ذات الصلة الخارجية للمحفزات) .

٦. زيادة في النشاط الموجه للهدف (إما اجتماعيا ، أو في العمل أو المدرسة ، أو عن طريق الاتصال الجنسي) أو الانفعالات النفسية .

٧. الإفراط في تورطهم في أنشطة قد يكون لها قدرة عالية على إحداث عواقب مؤلمة (على سبيل المثال : في المرح ، الشراء المنفلت ، الطائشة الجنسية ، أو الاستثمارات التجارية من الحماقة) .

ثالثاً : ترتبط الحلقة مع تغيير لا لبس فيه ، فى عمل غير معهود فى واحد فقط عندما لا توجد أعراض .

رابعاً : اضطراب في المزاج والتغيير في الأداء يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين .

خامساً : الحلقة ليست خطيرة بما يكفي لتسبب ضعف ملحوظ في الوظائف الاجتماعية أو المهنية ، مع ملامح ذهانية وحلقات هوس ، والتى تتطلب دخول المستشفى .

سادساً : الحلقة لا تعود إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل المخدرات ، أو من سوء المعاملة ، والدواء ، والعلاجات الأخرى) .

ملاحظة : Hypomanie الكاملة تظهر خلال حلقة العلاج المضاد للاكتئاب (على سبيل المثال : الدواء ، والعلاج الكهربائي) والتى قد تستمر باكامل على مستوى Syndromal التأثير الفسيولوجي للعلاج كأدلة كافية لتشخيص الحلقة . ومع ذلك ، يشار إلى الحذر من واحدا أو اثنين من الأعراض (زائدة بشكل خاص /التهيج ، والحدة ، أو مع استخدام مضادات الاكتئاب) وما يكفى لتشخيص الحلقة الكاملة .

ملاحظة : معايير A-F أن تشكل حلقة Hypomanie . أو حلقات شائعة في اضطراب ثنائي القطب الأول ، ولكنها ليست مطلوبة لتشخيص اضطراب ثنائي القطب الأول .

اكتئابي الحلقة :

أولاً : خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية أسماؤهم قد خلال نفس أسبوعين ، تمثل فترة تغيير من السير السابق ، لواحد على الأقل من الأعراض إما هو (١) المزاج

المكتئب أو (٢) فقدان الاهتمام أو المتعة . مع ملاحظة : ما لا تشمله الأعراض بوضوح / يعزى إلى حالة طبية أخرى : -

١. مزاج مكتئب معظم اليوم ، وكل يوم تقريبا ، كما يتبين ذلك من التقرير الذاتي (على سبيل المثال : يشعر بالحزن ، فارغ ، أو ميؤوس منه) أو الملاحظة التي أبداها الآخرين (على سبيل المثال : يظهر باكيا) . (ملاحظة : في الأطفال والمراهقين ، يمكن أن يكون عصبي المزاج) .
٢. تضاؤل بشكل ملحوظ الاهتمام بالمتعة في كل شيء ، أو كلها تقريبا ، وفي معظم أنشطة اليوم ، كل يوم تقريبا (كما مبين من قبل المراقبة الذاتية) .
٣. فقدان وزن كبير ، مع عدم اتباع نظام غذائي لزيادة الوزن (مثل فقد أكثر من ٥ ٪ من وزن الجسم في الشهر) ، أو نقصان أو زيادة في الشهية تقريبا كل اليوم . (ملاحظة : في الأطفال ، يحدث فشل كبير للوصول إلى زيادة الوزن المتوقعة) .
٤. الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريبا .
٥. يجوز . التحريض النفسي أو التخلف كل يوم تقريبا (لوحظت من قبل الآخرين ، مع عدم وجود مشاعر ذاتية من الأرق أو التباطؤ في الإنجاز) .
٦. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا .
٧. مشاعر التفاهة أو الذنب المفرطة أو غير اللائقة (والتي قد تكون وهمية) كل يوم تقريبا (وليس مجرد اللوم الذاتي أو الشعور بالذنب) .
٨. تضاؤل القدرة على التفكير أو التركيز ، على مدى كل يوم تقريبا (إما ملاحظتها بذاته أو كما لوحظ من قبل الآخرين) .
٩. الأفكار المتكررة من الموت (وليس فقط الخوف من الموت) ، دون التفكير في (المحرم شرعاً) والمتكرر دون خطة محددة .

ثانياً : الأعراض التي تسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

ثالثاً : لا تعود الحلقة ليست عائدة إلى الآثار الفسيولوجية للمادة أو لآخر حالة طبية .

ملاحظة : معايير AC قد تشكل حلقة اكتئابي . أما نوبات الاكتئاب الكبرى فهي شائعة في اضطراب ثنائي القطب (ولكن ليست مطلوبة لتشخيص الاضطراب ثنائي القطب) .

ملاحظة : الردود على خسارة كبيرة (على سبيل المثال : الفجيعة ، الخراب المالي ، خسائر من الكوارث الطبيعية ، مرض طبي خطير أو عجز) قد يشمل مشاعر مكثفة من الحزن واجترار الخسارة ، والأرق ، وفقدان الشهية ، وفقدان الوزن . كما لوحظ فى معيار (A) قد يشبه نوبة اكتئاب . وعلى الرغم من أن هذه الأعراض قد تكون مفهومة ، وتعتبر مناسبة فى ظل وجود حلقة اكتئابي ، بالإضافة إلى الرد المعتاد لخسارة كبيرة ، وهو ما يجب أن ينظر فيه بعناية .

ويتطلب هذا القرار الأخذ بالحكم السريري المبني على تاريخ الفردية والقواعد الثقافية المعبرة عن ضيق في سياق اضطراب ثنائي القطب الأول .

A . معايير المنهجيات التى تسبق نوبة جنون واحدة على الأقل (معايير من تحت عنوان " هوسى الحلقة " أعلاه) .

B . لم يتم شرح وقوع نوبة اكتئاب هوسي رئيس أفضل بواسطة اضطراب فصامي عاطفي ، أو اضطراب فصامي الشكل ، واضطراب الوهمية ، أو غيرها من اضطرابات الفصام المحددة أوغير المحددة ، وغيرها من الاضطرابات الذهانية .

ترميز وتسجيل الإجراءات :

يستند رمز التشخيص للاضطراب ثنائي القطب الأول على نوع الحلقة الحالية أو مع أحدث وضع حالي مع وجود ميزات ذهانية ، ووضع مغفرة (تعاف) . ويشار إلى شدة الحالة وميزات ذهانية فقط ، مع المعايير الكاملة والتى تلتقى مع حلقة اكتئابي أو هوس .

محددات المغفرة (التعافى) تشير فقط إلى عدم استيفاء المعايير الكاملة الحالية للهوس ، Hypomanie ، أو اكتئابي الحلقة . والرموز هي كما يلي . اضطراب ثنائي القطب الحالي أو أحدث حالة هوس Hypomanie حالية أو مع أحدث حالة اكتئاب .

• خفيف NA NA (F31.31) (F31.11)
• معتدل NA NA (F31.32) (F31.12)
• شديد . NA NA (F31.4) (F31.13)

التمييز بين الحزن من نوبات اكتئاب كبرى (MDE) ، فمن المفيد النظر إلى المؤثرات في حالة الحزن السائد من مشاعر الفراغ والضياع ، بينما في نوبات اكتئاب كبرى MDE يستمر المزاج المكتئب وعدم القدرة على توقع السعادة أو المتعة .

أما الانزعاج في الحزن فمن المرجح أن ينخفض بشدة على مدى أيام الأسبوع والذى يحدث في موجات ، ما يسمى بخزات الحزن . وتمتد هذه الموجات لتترافق مع الأفكار مثل تذكر المتوفى . المزاج المكتئب من نوبات اكتئاب كبرى MDE هو أكثر ثباتا وغير مرتبط بالأفكار أو الانشغالات المحددة .

أما مشاعر الحزن فقد تكون مصحوبة بالمشاعر الإيجابية والفكاهة غير المعهودة ، ما يعد تفشي التعاسة والبؤس سمة من نوبات الاكتئاب الكبرى . والتى يعتقد أنها مرتبطة بالحزن عموما ، وتتميز بالانشغال بالأفكار وذكريات المتوفى ، بدلا من تأملات النقد الذاتي للمتشائم . MDE .

وعموما ، ففي حين أنه لديه مشاعر بالتفاهة selfloathing الشائعة . وهو دائم فى التفكير بالحط الذاتي (تفاهة) الموجود مع الحزن ، فإنه عادة ما ينطوي على إدراك القصور وجها لوجه مع المتوفى (على سبيل المثال : عدم زيارته في كثير من الأحيان بما فيه الكفاية ، لا يقول المتوفى أو كم كنت أحبك) .

وتركز هذه الأفكار عموما على المتوفى وربما عن "الانضمام" للمتوفى ، بينما يتم في حلقة اكتئابي تركز هذه الأفكار على الشعور بأنه لا قيمة له ، ولا يستحق الحياة ، أو أنه غير قادر على التعامل مع الألم من الاكتئاب .

النوبة الحالية أو أحدث حالة هوس **.Hypomanie** مع NA ميزات ذهانية (F31.5) (F31.2) (P . 152) في جزئية . NA ولا تنطبق محددات شدة الذهانية أو رمز (F31.0) على الحالات الأخرى ولا تنطبق على الشدة الذهانية (F31.9) مع سمات ذهانية " محددة بغض النظر عن شدة الحلقة ، أو في تسجيل ُمسمى التشخيص ، ويجب أن يتم سرد بالترتيب التالي : ثنائي القطب ، اضطراب ، نوع الحلقة الحالية أو أحدث ،

شدة أو ذهانية ، أو محددات مغفرة (تعافى) ، وتنطبق هذه المحددات على الحلقة الحالية .

تحديد :-

- مع الضائقة حريصة .
- مع ميزات مختلطة .
- مع التسارع السريع .
- مع ميزات meianchoiic الاكتئابية .
- مع ميزات منسجمة للمزاج الذهانية .
- مع ميزات غير منسجمة مع المزاج الذهانية .
- مع جامود (ص ١٥٣) . ملاحظة الترميز : استخدام تعليمات برمجية إضافية (F06.1) .
- مع بداية الفترة المحيطة بالولادة .
- اضطراب المزاج وحادة بما فيه الكفاية ليسبب ضعف ملحوظ في المهام الاجتماعية أو المهنية أو تتطلب دخول لمستشفى لمنع الضرر على النفس أو الآخرين ، أو أن هناك ميزات ذهانية .
- لا تعود الحلقة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل المخدرات من سوء المعاملة ، والدواء ، والعلاجات الأخرى) أو إلى حالة طبية أخرى .
- ملاحظة : تظهر حلقة الهوس الكامل خلال هذا العلاج المضاد للاكتئاب (على سبيل المثال : الأدوية ، والعلاج بالصدمة الكهربائية) ولكن إذااستمرت على مستوى أبعد من متلازمة Syndromal كاملة وذات تأثير فسيولوجي وتتطلب العلاج ، مع وجود أدلة كافية لنوبة جنون ، وبناء على ذلك ، فينبغى تشخيصها مع اضطراب ثنائي القطبين .

- ملاحظة : معايير A- D تشكل نوبة جنون ، وتتطلب واحداً على الأقل مدى الحياة من حلقة هوس لتشخيص القطب الأول .

الحلقة الاكتئابية Depressive Episode :

A. فترة متميزة من بشكل غير طبيعي وبإصرار مرتفعة ، توسعية ، أو عصبي المزاج وبشكل غير طبيعي ومتواصل النشاط أو زيادة الطاقة ودائم لا يقل عن أربعة متتالية معظم الأيام والحاضر اليوم ، كل يوم تقريبا .

B. خلال الفترة من اضطراب المزاج وزيادة الطاقة والنشاط ، هناك ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية (أربعة إذا كان المزاج العصبي فقط) بما يمثل تغير ملحوظ من السلوك المعتاد ، أو أنه كان موجودا بدرجة كبيرة وهى :

١. تضخم تقدير الذات أو العظمة .
٢. تناقص الحاجة إلى النوم (على سبيل المثال : يشعر بالراحة بعد ٣ ساعات فقط من النوم) .
٣. أكثر حيمية من المعتاد أو الضغط على مواصلة الحديث .
٤. طيران الأفكار أو تجربة ذاتية للأفكار المتسارعة .
٥. التشتت (أي لفت الانتباه بسهولة جدا لأمر غير مهم ، أو غير ذات صلة بالمحفزات الخارجية) ، كما ذكرت أو لوحظت .
٦. زيادة في النشاط الموجه نحو الهدف (إما اجتماعيا ، أو في العمل أو المدرسة ، أو عن طريق الاتصال الجنسي) أو الانفعالات النفسية .
٧. أن الإفراط في تورطهم في أنشطة لها قدرة عالية على عواقب مؤلمة (على سبيل المثال : في المرح ، الشراء المنفلت ، الطائشة الجنسية ، أو الاستثمارات التجارية التى تتسم بالحماقة) .

C . ترتبط الحلقة مع هذا التغيير بما لا لبس فيه في عمل - غير معهود- من أحد الأعراض .

D . اضطراب في المزاج والتغيير في الأداء يمكن ملاحظته من قبل الأخرين .

E . الحلقة ليست خطيرة بما يكفي لتسبب ضعف ملحوظ في المهام الاجتماعية أو المهنية ، والتى لا تتطلب دخول المستشفى ، مثل : ملامح ذهانية ، أو حلقة هوس .

F . لا تعود الحلقة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل المخدرات ، سوء المعاملة ، وتأثير الدواء ، وغيرها) .

ملاحظة : قد تظهر حلقة الهوسA Hypomanie الكامل خلال حلقة العلاج المضاد للاكتئاب (على سبيل المثال : الدواء ، والعلاج الكهربائي) ولكن إذااستمرت على مستوى كامل وبتأثير فسيولوجي ، فهو يضع أدلة كافية لتشخيص حلقة الهوس Hypomanie . ومع ذلك ، يشار إلى الحذر مع واحدا أو اثنين من الأعراض (زيادة التهيج بشكل خاص وحدته ، أو بعد تحريض أو استخدام مضادات الاكتئاب) . والكافية لتشخيص حلقة الهوس Hypomanie .

ملاحظة : معايير **A-F** أن تشكل حلقات الهوس Hypomanie الشائعة في اضطراب ثنائي القطب الأول وغير المطلوبة لتشخيص الاضطراب ثنائي القطب الأول .

اكتئابي الحلقة :

A. خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية قد تحدث خلال أسبوعين من فترة تغيير من سير سابق ، لواحد على الأقل من الأعراض إما هو (١) لمزاج المكتئب أو (٢) لفقدان الاهتمام أو المتعة .

ملاحظة : إذا لم تشمل الأعراض التالية بوضوح / فيمكن أن تعزى إلى حالة طبية أخرى : -

١. معظم المزاج المكتئب من اليوم ، كل يوم تقريبا ، كما يتبين من التقرير الذاتي (على سبيل المثال : الشعور بالحزن ، فارغ ، أو ميؤوس منه) أو الملاحظة التي أبداها الآخرين (على سبيل المثال : يبدو باكيا) . (ملاحظة : في الأطفال والمراهقين ، يمكن أن يكون عصبي المزاج) .
٢. تضاؤل بشكل ملحوظ فى الاهتمام أو المتعة في كل شيء ، أو كلها تقريبا ، وفى معظم الأنشطة اليومية (كما مبين من قبل أي حساب أو المراقبة الذاتية) .
٣. فقدان الوزن أو اتباع نظام غذائي كبير حتى مع زيادة الوزن (على سبيل المثال : تغيير (تقلب) أكثر من خمسة كيلو من وزن الجسم في الشهر) ، أو نقصان أو زيادة في الشهية تقريبا كل اليوم . (وتلاحظ : في الأطفال ، مع فشل كبير لجعل زيادة الوزن متوقعة)

٤. الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريبا .
٥. التحريض النفسي أو التخلف كل يوم تقريبا (وتلاحظ من قبل الآخرين ، وليس تعبر عن مشاعر ذاتية ، إلا من الأرق أو أن التباطؤ فقط) .
٦. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا .
٧. مشاعر التفاهه أو الذنب المفرط أو غير لائق (والتي قد تكون وهمية) .
٨. كل يوم تقريبا (اللوم الذاتي أو الشعور بالذنب acerca المرضى) .
٩. تضاؤل القدرة على التفكير أو التركيز ، أو التردد ، كل يوم تقريبا (إما عن طريق حساب خطواته والخوف من ملاحظته من قبل الآخرين) .
١٠. الأفكار المتكررة من الموت (وليس فقط الخوف من الموت) ، دون التفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

B . تسبب الأعراض الضيق السريري الهام أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ،أو مجالات أخرى هامة من الأداء

C . الحلقة ليست عائدة إلى الآثار الفسيولوجية للمادة أو لآخر حالة طبية .

ملاحظة : معايير AC تشكل حلقة اكتئابي . مع نوبات الاكتئاب الكبرى الشائعة في اضطراب ثنائي القطب I ولكن ليس مطلوبا لتشخيصه وفقاً للاضطراب ثنائي القطب 11.

ملاحظة : قد تشمل الردود على خسارة كبيرة (على سبيل المثال : الفجيعة ، الخراب المالي ، خسائر ،من الكوارث الطبيعية ، مرض طبي خطير أو عجز) قد تشمل مشاعر مكثفة الحزن واجترار عن الخسارة ، والأرق ، وفقدان الشهية ، وفقدان الوزن في . والتي لوحظت فى المعيار(A) والتى قد تشبه نوبة اكتئاب .

وعلى الرغم من أن هذه الأعراض قد تكون مفهومة مع وجود حلقة اكتئاب ، بالإضافة إلى الرد المعتاد لخسارة كبيرة أيضاً ، والتى يجب ينظر فيها بعناية ، ويتطلب اتخاذ هذا القرار الإلتزام بالحكم السريري المبني على تاريخ الفردية والقواعد الثقافية للتعبير عن الضيق في سياق الاضطراب ثنائي القطب الأول .

A . أما معايير المنهجيات التى تسبق نوبة جنون واحدة على الأقل (معايير تحت عنوان " حلقة الهوس "أعلاه) .

B . لم يتم شرح وقوع نوبة هوس اكتئابى رئيس أفضل بواسطة اضطراب فصامي عاطفي ، واضطراب فصامي الشكل ، واضطراب الوهمية ، أو غيرها من أشكال الفصام المحددة أو غير المحددة وغيرها من طيف الاضطراب الذهاني .

ويستند ترميز وتسجيل إجراءات تشخيص لاضطراب ثنائي القطب الأول على نوع الحلقة الحالية أو أحدث وضع حالي مع الاحترام لشدة الحالة ، مع وجود ميزات ذهانية ، أو وضع مغفرة (تعاق) . ويشار إلى شدة الحالة مع ميزات ذهانية فقط إذا كانت المعايير الكاملة تلقى حاليا مع حلقة اكتئاب أو الهوس . أما محددات المغفرة (تعافى) فهي تتم فقط / إذا لم يتم استيفاء المعايير الكاملة الحالية للهوسي ، Hypomanie ، أو اكتئابي الحلقة . ورموز هي كما يلي : -

- خفيف NA NA (F31.31) (F31.11)
- المعتدل NA NA (F31.32) (F31.12)
- شديد NA NA (F31.4) (F31.13)

من المفيد عن تمييز الحزن من نوبة اكتئاب كبرى (MDE) ، النظر الى العوامل التى تؤثر فى حالة الحزن : مثل مشاعر الفراغ السائدة ، والضياع ، بينما في نوبة اكتئاب كبرى MDE قد يستمرالمزاج المكتئب ومع عدم القدرة على توقع السعادة أو المتعة . ومن المرجح أن ينخفض انزعاج الحزن في شدته على مدى أيام أو أسابيع Wfeeks والذى يحدث على موجات ، ما يسمى بخزات الحزن . وهذه الموجات تمتد لتترافق مع الأفكار أو تذكير بالمتوفى .

أما مزاج المكتئب MDE فهو أكثر ثباتا وغير مرتبط الأفكار أو الانشغالات المحددة . وقد يكون ألم الحزن مصحوباً بالمشاعر الإيجابية والفكاهة غير المعهودة من تفشي التعاسة والبؤس كسمة من نوبة اكتئاب كبرى . ويعتقد أن المحتويات المرتبطة بالحزن عموما تتميز بالانشغال بالأفكار وذكريات المتوفى ، بدلا من تأملات النقد الذاتي .

أما المتشائم فينظر في الحزن ، والحفاظ على احترام الذات عموما ، في حين أنه يحمل مشاعر التفاهة وselfloathing الشائعة . وقد يتواجد التفكير فى تحط الذاتي مع

الحزن ، والذى عادة ما ينطوي على إدراك القصور وجها لوجه مع المتوفى (على سبيل المثال : عدم زيادة التعليمات في كثير من الأحيان بما فيه الكفاية ، كأن يندم لأنه لم يقل للمتوفى : كم كنت أحبك) وإذا كان هناك شخص يفكر ويركز فى الموت ، فربما تُسهم هذه الأفكار ربما فى " الانضمام للمتوفى " بينما يتم في حلقة الاكتئابي التركيز على هذه الأفكار بالشعور بأن حياة المرء الخاصة لا قيمة لها ، أو أنه غير قادر على التعامل مع هذا الموقف .

اضطراب ثنائي القطب :

الخصائص التشخيصية :

ينظر إلى الميزة الأساس من هوس الحالة كفترة يتم من خلالها - بشكل غير طبيعي - استمرار ارتفاع ، وتوسع ، المزاج العصبي المستمر مع زيادة النشاط أو الطاقة الحالية لمعظم اليوم ، (كل يوم تقريبا) لمدة أسبوع على الأقل (أو طوال مدة الاستشفاء ضروري) ، والذى يجب أن يرافقه فيها ثلاثة أشخاص على الأقل .

أعراض إضافية من معيار (B) . إذا كان المزاج العصبي ، فيجب أن تكون هناك على الأقل أربعة أعراض من المعيار (B) الحاضر .

وكثيراً ما يوصف المزاج العام في نوبة جنون بالبهيج ، وقد تصل إلى البهجة المفرطة ، وارتفاع ، أو" الشعور بأنه على قمة العالم " . وفي بعض الحالات ، فإن هذا المزاج هو من تلك النّوعية شديد العدوى ، والمعترف به بسهولة كما البهجة المفرطة ، وربما تكون غير محدودة ، وتتميز بالعشوائية والحماس للتفاعل بين الأفراد ، الجنسية ، أو المهنية ، وعلى سبيل المثال : وقد تبدأ بشكل عفوي المحادثات بصورة واسعة حتى مع الغرباء في الأماكن العامة .

وغالبا ما يكون المزاج السائد هو (سريع الانفعال بدلا من مرتفع) وبخاصة عندما يكون الفرد قد قام باستخدام المواد / أو أدوية . وقد تحدث تحولات سريعة في المزاج على مدى فترات وجيزة من الزمن ، ويشار إلى عطوبية (أي اختلاف بين النشوة ، والانزعاج ، والتهيج) . مثل تصرفات الأطفال ، بسعادة مبالغ فيها ، وسخف "الحماقة" وهى المعيار السائد في سياق المناسبات الخاصة ، ومع ذلك ، إذا هذه الأعراض هي المتكررة ، وغير اللائقة للسياق ، فقد يتم تجاوز ما هو متوقع تنموياً حتى

بالقياس على مستوى الطفل ، وقد تفي المعيار (A) إذا كانت السعادة هي غير عادية كالأطفال (أي مختلفة عن خط الأساس) ، وقد تحدث تلك الأعراض تغير فى المزاج .

تلبية معيار B لتشخيص الهوس : ومع ذلك ، فإن تغير المزاج يجب أن يرافقه باستمرار زيادة النشاط أو زيادة فى مستويات الطاقة الواضحة ، ويتضح ذلك للمقربين من هذا الشخص بشكل جيد .

خلال نوبة جنون ، قد يحدث إنخراط في عدة المشاريع جديدة وبصورة متداخلة . وغالبا ما تكون بالمبادرة فى تلك المشاريع مع القليل من المعرفة بها ، أما مستويات النشاط الزائدة فقد تظهر في ساعات غير عادية من اليوم ، وتحديداً مع تضخم تقدير الذات الحاضر بشكل عام ، ويتراوح من دون تمحيص الثقة بالنفس لتميز العظمة ، والوهمية التي قد تصل إلى نسب بشخص مشهور .

وعلى الرغم من عدم وجود أي علاقة مباشرة بين الخبرة أو الموهبة ، فقد يشرع في المهام المعقدة : مثل كتابة رواية ، أو بعض الدعاية لاختراع غير مبهم عملي . مع أوهام العظمة (على سبيل المثال : وجود علاقة خاصة مع شخص مشهور) وقد يلجأ الأطفال ، إلى المبالغة في تقدير قدراتهم والاعتقاد ، على سبيل المثال : بأنهم أفضل في الرياضة ، أو أذكى في متوسط الدرجة الذكاء ؛ ومع ذلك ، فقد يؤدى وجود مثل هذه المعتقدات رغم وجود أدلة واضحة (على عكس ما يعتقده الطفل) ما يؤدى إلى مآثر خطيرة ، والأهم ، هو حدوث تغيير فى سلوك الطفل المعتاد ، والذى ينبغي النظر من خلاله في معيار الإحساس بالعظمة .

واحد هذه السمات الأكثر شيوعا هو انخفاض الحاجة للنوم (B2) والتي قد تختلف عن الأرق في النوم ، أو الشعور بالحاجة إلى النوم ولكن غير قادرين على النوم ، وعلى كل حال ، فقد يتيقظ عدة ساعات في وقت سابق ، وقد يواجه اضطراب نوم شديد ، وقد يبقى لعدة أيام دون نوم ، ولكن لا يشعر بالتعب في كثير من الأحيان .

بداية نوبة جنون :

يمكن أن تكون بداية نوبة الجنون سريعة ، نتيجة لضغوط شديدة ، والتى قد يصاحبها صوت عال ، يصعب أن يقطع (B3) . قد يحدث بشكل مستمر ودون مراعاة لرغبات الآخرين ، وفي كثير من الأحيان قد تلك الطريقة مصدراً للقلق ، أو بدون

أهمية لما يقال . وقد يتميز الكلام أحيانا بالنكات ، أو التورية اللغوية المسلية والفارغة ، مع شيوع سلوكيات مثيرة ، وغناء ، وإشارات مفرطة . ويتصف فيها المزاج بأنه أكثر توسعاً ، وقد يرتبط بالشكاوى والتعليقات العدائية ، أو خطب غاضبة ، وبخاصة إذا تم إجراء محاولات لوقفها .

ويجوز أن ترافق الأعراض A والمعيار B عن طريق أعراض العكس (أي الاكتئاب القطب) "مع ميزات مختلطة" محددة . وفي كثير من الأحيان قد يحدث تسابق فى الأفكار بمعدل أسرع مما يمكن التعبير عنه من خلال كلمة معينة (B4) . وفي كثير من الأحيان هناك هروب للأفكار ، والذى يتضح من تدفق مستمر تقريبا من تسارع الكلام ، مع تحولات مفاجئة من موضوع واحد إلى آخر . وعند هروب الأفكار الشديد ، قد يصبح الكلام غير منظم ، وغير متماسك ، ومؤلم بشكل خاص .

أحيانا ما تزدحم الأفكار (لدى الكبار العاديين) مما قد يصعب الكلام . إلا أن مما يدل على التشتت (B5) من خلال عدم القدرة على الرقابة الخارجية غير المرتبطة بالمنبهات (على سبيل المثال : الملابس ، والأصوات الخلفية أو الأحاديث ، أو المفروشات في الغرفة) وكثيراً ما يمنع الأفراد الذين يعانون من الهوس من عقد محادثة عقلانية .

وقد يصادفون زيادة في النشاط الموجه نحو الهدف ، والذى غالبا ما ما يتم بالتخطيط المفرط والمشاركة في أنشطة متعددة ، بما في ذلك أنشطة مهنية وسياسية ، أو مجتمعية .

وغالباً ما ترتبط بزيادة الدافع الجنسي ، والأوهام ، لدى الأفراد مع الهوس ، والذى عادة ما يظهرون حلقة من زيادة المؤانسة (على سبيل المثال : تجديد المعارف القديمة أو دعوتهم ، أو الاتصال بالأصدقاء أو حتى الغرباء) ، دون إدراك الطبيعة الملحة لهذه التفاعلات . والتى تتصف في كثير من الأحيان النفسي بالتهيج والأرق العرضى (أي النشاط بلا هدف) من خلال السرعة ، أو من خلال عقد محادثات متعددة في وقت واحد .

كما يرتبط الاضطراب بالأداء المفرط فى بعض حروف الكتابة ، والبريد الإلكتروني ، والرسائل النصية ، وهكذا دواليك ، وعلى العديد من المواضيع المختلفة للأصدقاء ، والشخصيات عامة ، أو وسائل الإعلام .

وزيادة النشاط المعيار قد يكون من الصعب التأكد منه لدى الأطفال ، ومع ذلك ، عندما ينشغل الطفل – فى وقت واحد – بالعديد من المهام ، وغير الواقعية من خطط وتطوير المشاريع التنموية الغائبة في السابق وحتى غير اللائقة ، والتى قد يكون تلتقى مع المعيار (B) القائم على الحكم السريري . ومن الضروري تحديد ما إذا كان تغيير سلوك الطفل الأساس يحدث معظم اليوم (كل يوم تقريبا للفترة الزمنية المطلوبة للتشخيص) ، أو بالاشتراك الزماني الذى يحدث مع أعراض أخرى من الهوس ومنها على سبيل المثال :

مزاج توسعي وتفاؤل مفرط ، وإحساس بالعظمة ، وسوء الحكم على الأمور في كثير من الأحيان ، مما قد يؤدي إلى المشاركة في الأنشطة الرامية إلى المرح ، والإنفاق المتهور : مثل التخلي عن ممتلكاتهم ، والقيادة المتهورة ، والاستثمارات التجارية المرتبطة بالحماقة ، والمجون الجنسي وهذا أمر غير معتاد للجميع ، وعلى الرغم من هذه الأنشطة المرجح بأن يكون لها عواقب كارثية (B7) . كما قد يلجأ الفرد إلى شراء العديد من العناصر غير الضرورية دون توفر مال كاف ، أو دفع ثمنها في بعض الحالات ، أو التخلي عنهم .

ويمكن أن تشمل السلوك الجنسي العشوائي ، وكثيراً ما يتم تجاهل الخطر الجنسى الناتج عن الأمراض المنقولة (الإيدز مثلاً) أو الآثار الشخصية .

أما الهوس الحادث فيمكن أن يؤدي إلى انخفاض ملحوظ في الأداء الاجتماعى أو المهني أو يتطلب دخول المستشفى لمنع الضرر على النفس أوعلى الآخرين (على سبيل المثال : الخسائر المالية ، والأنشطة غير قانونية ، وفقدان فرص العمل ، والسلوك المضر بالنفس) . وبحكم التعريف ، فإن وجود هذا الاضطراب قد يحدث أيضاً بالترافق مع أعراض هوس الحلقة الذهانية .

C . أعراض الهوس أو المتلازمات التي يمكن عزوها إلى التأثيرات الفسيولوجية لتعاطي المخدرات (على سبيل المثال : في سياق من الكوكايين أو الأمفيتامين التسمم) ، أما الآثار الجانبية من الأدوية أو العلاجات (على سبيل المثال : المنشطات ، ومضادات الاكتئاب والمنشطات) ، أو آخر قد يعول إلى حالة طبية من تشخيص اضطراب ثنائي القطب الأول .

ومع ذلك ، فإن نوبة جنون كاملة قد تحدث خلال فترة العلاج (على سبيل المثال : مع الأدوية ، والعلاج الكهربائي ، والعلاج بالضوء) أو مع تعاطي المخدرات ، والتي قد تستمر إلى ما بعد حدوث التأثير الفسيولوجي (أي بعد أخذ الدواء بالكامل ، ومن المتوقع أن تتبدد تماما آثار العلاج بالصدمة الكهربائية) .

أدلة كافية لتشخيص نوبة جنون (D) : يشار الحذر إلى أن واحدا أو اثنين من الأعراض (زيادة التهيج بشكل خاص ، والحدة ، أو التحريض بعد استخدام مضادات الاكتئاب) لا تؤخذ على أنها كافية لتشخيص حلقة الهوس ، كما لا تعد بالضرورة مؤشرا على ظهور اضطراب ثنائي القطب .

ومن الضروري تلبية معايير نوبة جنون لإجراء تشخيص اضطراب ثنائي القطب الأول ، ولكنه لا يعد متطلباً لمن لديهم نوبات اكتئاب كبرى Hypomanie . ومع ذلك ، فإنها قد تسبق أو تتبع نوبة جنون . أما الأوصاف الكاملة من ميزات التشخيص من الحلقة ، فيمكن الاطلاع على النص ضمن الاضطراب ثنائي القطب الثاني ، مع ملامح حلقة اكتئابي موصوفة ضمن نص الاضطراب الاكتئابي .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

المعيار **E** > ويحدث خلال شهر من نوبة الجنون ، ولا يدرك الأفراد في كثير من الأحيان أنهم مرضى أو في حاجة إلى العلاج ، وتحدث مقاومة بشدة لجهود العلاج . وقد يحدث تغيير للأفراد فى الملبس، أو المكياج والمظهر العام كنمط جنسي ، وقد يمكن رصده بمعنى أكثر وضوحا فى الشم ، والسمع ، والرؤية .

القمار والمعادي لسلوكيات المجتمع ، وقد تصاحب هوس الحالة ، تحول بعض الأفراد بأن يصبحوا أكثر عدائية بدنيا وتهديد الآخرين وعندما تسود الوهمية ، قد يصبح تهجمي بصورة جسدية ، وغيرها من العواقب الكارثية .

نوبة جنون (على سبيل المثال : الاستشفاء غير الطوعي ، صعوبات مع القانون ، خطورة مالية سرقات مثلاً) وغالبا ما تنجم عن سوء الحكم ، وفقدان البصيرة ، وفرط النشاط .

وقد يتحول المزاج بسرعة كبيرة إلى الغضب أو الاكتئاب . كما قد تحدث أعراض الاكتئاب أثناء نوبة جنون ، وإذا كان موجودا ، فقد تستمر لحظات أو ساعات ،ونادراً ما تكون أكثر من ذلك .

معدلات معدل الانتشار Prevalende :

تقدير معدل الانتشار (لمدة ١٢ شهراً) في الولايات المتحدة القارية بنسبة ٠,٦٪ لثنائي القطب الأول ، أما معدل اضطراب المحدد في DSM-IV . فإن معدل الإنتشار(لمدة ١٢ شهراً) من اضطراب ثنائي القطب الأول ، وتراوحت النسبة من ٠,٠ - ٠,٦ ٪ . أما نسبة معدل الانتشار بين الذكور / إلى الإناث فهى ما يقرب من ١,١ : ١.

دورة نمو المرض :

متوسط العمر عند بداية أول نوبة هوس ، Hypomanie ، أو نوبة اكتئاب كبرى تقريبا ١٨ سنة لاضطراب ثنائي القطب الأول . أما الاعتبارات الخاصة الضرورية للكشف عن التشخيص في الأطفال، فيبدأ مع نفس متوسط العمر الزمني الذى قد يكون مختلف عبر مراحل النمو،

ومن الصعب تحديد بدقة ، ما هو "طبيعي" أو" ما هو متوقع في أي لحظة ، وبناء على ذلك ، فإن كل طفل يجب أن يحكم وفقا (له / أو لها) على خط أساس خاص به . والذى يحدث بداية في جميع مراحل الحياة بما في ذلك عمر (٦٠ - ٧٠ سنة) .

أما ظهور أعراض الهوس (مثل السلوك الفاضح الاجتماعي أو الجنسي) فقد يحدث في أواخر منتصف العمر أو latelife ويجب أن 'ينظر معه في الظروف الطبية (على سبيل المثال : اضطراب عصبي الجبهي) أو ابتلاع مادة / أو الانسحاب من مادة أو دواء .

كما أن أكثر من ٩٠ ٪ من الأفراد الذين لديهم نوبة جنون واحدة قد يمضوا قدما مع حلقة مزاجية متكررة ، وتحدث حوالي ٦٠ ٪ من نوبات الهوس مباشرة قبل كبرى اكتئاب .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الأول الذين لديهم حلقات متعددة (أربعة أو أكثر) من حلقة المزاج (الاكتئاب الشديد ، الهوس ، أو Hypomanie) فى حدود مرة واحدة في السنة المحدد "مع التسارع "والمخاطر والعوامل البيئية المنذرة " ويعد الاضطراب الثنائي القطب هو الأكثر شيوعا مع ذوى الدخل المرتفع في البلدان المنخفضة الدخل (١,٤ مقابل ٠,٧ ٪) . أو مع منفصل ، مطلق ، أرمل أو ممن لديهم معدلات أعلى من الأفراد من ذوي الاضطراب ثنائي القطب الأول .

الجينية والفسيولوجية : هناك تاريخ عائلي من اضطراب ثنائي القطب ، وهناك في المتوسط عشر أضعاف زيادة خطر بين الأقارب الكبار الأفراد مع الاضطراب ثنائي القطب الأول/ والثانى ، كما يزداد حجم الخطر مع درجة القرابة فى الفصام والاضطراب الثنائي القطب .

المعدلات : بعد حلقة فردية من الهوس الحادثه مع ميزات نفسية ، قد يكون الفرد معها أكثر عرضة ليشمل الخصائص الذهانية لنوبات الهوس .

أما الهوس غير المكتمل عند الانتعاش فغالباً ما يكون أكثر شيوعا وقد يرافق الحلقة الحالية من خلال moodincongruent ملامح ذهانية . أما تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية فتوجد القليل من المعلومات المحددة حول الاختلافات الثقافية في التعبير عن اضطراب ثنائي القطب I .

أما أحد التفسيرات المحتملة لهذا فقد لا يتم استخدام أدوات التشخيص - في كثير من الأحيان - قبل ترجمتها وتطبيقها في مختلف الثقافات قبل التحقق من صحتها ، وفي واحد الولايات المتحدة كشفت دراسة بأن معدل الانتشار يستمر (لمدة ١٢ شهرا) من الاضطراب ثنائي القطب الأول ، وتبين بانه كان أقل من ذلك بكثير لدى المنحدرين من منطقة الكاريبي من البيض أو الأميركيين من أصول أفريقية .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين : الإناث أكثر عرضة للتجربة بصورة مختلطة ، وبوتيرة أسرع ، كما أن لديهم أنماط من الاعتلال المشترك التي تختلف عن العلل الشائعة ، بما في ذلك ارتفاع معدلات اضطرابات الأكل مدى الحياة .

الإناث مع اضطراب I أو II القطب / هم أكثر عرضة لأعراض الاكتئاب : ولديهم أيضاً خطر الحياة أعلى مع اضطراب تعاطي الكحول من الذكور ، كما أنهم (الذكور) أكبر بكثير فى استخدام / والتعرض لاضطراب الكحول مما تفعل الإناث في إجمالي عدد السكان .

مخاطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

يقدر متوسط عمر خطر (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) في الأفراد مع الاضطراب الثنائي القطب ، وقد تصل النسبة على الأقل إلى ١٥ % من العدد الكلي للسكان .

وفي الواقع ، فإن الاضطراب الثنائي القطب قد يكون مسؤولاً عن ربع جميع حالات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

أما العواقب الوظيفية لدى العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب ، فهى العودة - من جديد - إلى مستوى التشغيل الكامل بين الحلقات ، مع ما يقرب من٣٠ ٪ من الأفراد الذين يظهر لديهم ضعف شديد في والعمل الوظيفي ، وقد يحدث انتعاش كبير عقب الشفاء من الأعراض ، وخاصة فيما يتعلق بالانتعاش المهني ، مما يؤدى إلى وضع اجتماعى واقتصادي أفضل على الرغم من مستويات أقل ما يعادل التعليم بالمقارنة مع العدد الكلي للسكان .

أما الأفراد مع اضطراب القطبين فهم أكثر سوءاً من الاضطراب مع الأفراد الأصحاء في الاختبارات المعرفية . وقد يسهم الاضطراب فى الإدراك إلى صعوبات مهنية وشخصية ، والتى قد تستمر من خلال مراحل العمر على فترات متعددة .

التشخيص التفاضلي :

الاضطراب الاكتئابى : يمكن أيضاً أن يرافقه الاضطراب الاكتئابى مع أعراض الهوس (أي أقل الأعراض أو لمدة أقصر مما هو مطلوب لتشخيص الهوس الخفيف) . وعندما يتم التعرض لواحدة في حلقة من الاكتئاب الشديد ، فيجب على المرء أن يعتمد على المساندة فيما يتعلق بالتاريخ الماضي من الهوس أو مع حلقات الهوس الخفيف .

أما أعراض التهيج فقد تترافق مع الاضطراب الاكتئابى أو الاضطراب الثنائي القطب ، ويتمايز تشخيص الاضطراب ثنائي القطب الأول من اضطرابات القطبين الثاني، مع تحديد نوعية الاضطراب سواء كانت هناك أي حلقات ماضية من الهوس . أو مع اضطرابات القطبين الأخرى المحددة وغير المحددة التى تتعلق بما ينبغي التمييز بين القطبين (الأول / والثاني) من الاضطرابات ، وذلك من خلال النظر سواء فى نوبات الهوس أو الهوس الخفيف ،مع إشراك الأعراض أو نوبات الاكتئاب من أعراض فشل تلبية المعايير الكاملة لهذه الظروف .

الاضطراب الثنائي القطب بسبب حالة طبية أخرى والتى قد تكون متميزة عن القطبين الأول والثاني من خلال تحديد الاضطرابات ، استنادا إلى أفضل الأدلة السريرية ، بشرط وجود العلاقة الطبية السببية ، وذلك مع كل من : اضطراب القلق

المعمم ، واضطراب الهلع ، واضطراب ما بعد الصدمة ، أو غيرها من اضطرابات القلق .

كما تحتاج هذه الاضطرابات إلى التشخيص التفريقي خاصة مع حالة الفوضى الأولية ، أو في بعض حالات الاضطراب المرضي . وهناك تاريخ دقيق لازم للتمييز بين أعراض اضطراب القلق العام / من الاضطراب الثنائي القطب ، وقد يكون الشتخيص مخطئا / إذا اقترن بتأملات حريصة متسارعة مع الأفكار ، أو الجهود المبذولة للحد من القلق ، والتى قد تتصل بالمشاعر والسلوك المتهور .

وبالمثل ، فإن أعراض ما بعد الصدمة من اضطراب الإجهاد تكون متباينة مع الاضطراب الثنائي القطب . ومن المفيد لتقييم الحالة الطبيعة العرضية لتلك الأعراض ، وكذلك للنظر في أعراض موجبات هذا التشخيص التفريقي .

مادة الاضطراب ثنائي القطب التي يسببها الدواء : اضطرابات تعاطي المخدرات يبدو أنها ناجمة عن أعراض الهوس ، وهذا ما يوجب التمييز بينه وبين الاضطراب ثنائي القطب I ، ردا على مثبتات المزاج خلال مادة medicationinduced الهوس التى قد لا تكون بالضرورة لازمة لتشخيص الاضطراب الثنائي القطب . وقد يكون هناك شراكة كبيرة تتداخل في ضوء ميل الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الأول إلى الإفراط مع المواد الدوائية خلال حلقة .

يجب وضع تشخيص الاضطراب الثنائي القطب الرئيسي على أساس الأعراض التي لا تزال قائمة على المواد الدوائية التى لم تعد قيد الاستخدام .

اضطراب نقص الانتباه : قد يشخص خطأً باضطراب ثنائي القطب ، وبخاصة لدى المراهقين والأطفال ، كما أن العديد من الأعراض قد تتداخل مع أعراض من الهوس ، : مثل الكلام السريع ، والأفكار المتسارعة ، distractibihty ، وأقل حاجة للنوم . و"العد المزدوج " من أعراض اضطراب الانتباه ADHD كما هو ملاحظ مع كل من اضطراب ثنائي القطب .

اضطرابات الشخصية : مثل اضطراب الشخصية الحدية قد يتداخل مع أعراض اضطرابات القطبين ، وتوتر المزاج المصاحب بالاندفاع الشائع في كل المواقف ، وقد تمثل الأعراض حلقة مميزة ، وزيادة ملحوظة على خط الأساس اللازم لتشخيص

الاضطراب الثنائي القطب ، كما يجب أن لا يتم تشخيص اضطراب الشخصية أثناء حلقة المزاج غير المعالجة .

اضطرابات مع التهيج البارز : وذلك لدى الأفراد الذين يعانون من التهيج الشديد ، وبخاصة الأطفال والمراهقين ، لا بد من الحرص عند تطبيق تشخيص الاضطراب الثنائي القطب لأولئك الذين لديهم حلقة واضحة من الهوس أو الهوس الخفيف ، والذى يشغل فترة من المدة المطلوبة ، والذى تترافق أعراض ظهوره مع أعراض المعيار B .

عند تهيج الطفل المستمر والشديدة بشكل خاص ، فيتم معه تشخيص اضطراب تقلبات المزاج ليكون الأكثر ملاءمة. وفي الواقع ، عندما يجري لأي طفل تقييمه مع الهوس ، فمن الضروري التأكيد بأن الأعراض تحد من تغير واضح يختلف عن سلوك الطفل النموذجي .

الاعتلال المشترك :

تحدث الاضطرابات النفسية المشاركة مع الاضطرابات الأكثر شيوعا مثل اضطرابات القلق (على سبيل المثال : نوبات الهلع ، واضطراب القلق الاجتماعى [الرهاب الاجتماعى] ، والرهاب المحدد) والذى يحدث في حوالي ثلاثة أرباع الأفراد ، مع اضطراب الانتباه ADHD ، أو مع اضطراب السلوك (مثل الخلل الانفعالي المتقطع ، وخلل تحدى المعارضة ، واضطراب السلوك) ، ومع أي اضطراب من تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : اضطراب تعاطي الكحول) والذى يحدث في أكثر من نصف الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الأول .

أما البالغين الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب I فلديهم معدلات مرتفعة من الحالات الطبية الخطيرة أو غير المعالجة والمشاركة في حدوثه وذلك مثل : الصداع النصفي أكثر شيوعا بين الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الثنائي القطب من بين السكان بشكل عام . أكثر من نصف الأفراد الذين يلبوا أعراض معايير الاضطراب الثنائي القطب لم يكن لديهم اضطراب تعاطي الكحول ، أما الذين يعانون من اضطرابات خطره مثل محاولة (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

وتخضع معايير تشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني (F31.81) لتشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني ، ومن الضروري تلبية معايير الاضطراب التالي للإكتئاب الحالي أو الحلقة السابقة : -

A . أما الفترة المتميزة والمتواصلة بشكل غير طبيعي وبإصرار مرتفع ، وتوسعي ، أو عصبي المزاج وبشكل غير طبيعي ومتواصل لزيادة النشاط والطاقة والدائمة بما لا يقل عن أربعة أيام متتالية لمعظم الأيام الحاضرة يومياً ، كل يوم تقريبا .

B . خلال الفترة من اضطراب المزاج وزيادة الطاقة والنشاط ، تتضح ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية ، والتى قد تستمر (إذا كان عصبي المزاج فقط) أو تمثل تغيير ملحوظ فى السلوك المعتاد ، وأنه كان موجودا إلى حد كبير وهى : -

١. تضخم تقدير الذات أو العظمة .
٢. تناقص الحاجة إلى النوم (على سبيل المثال : يشعر بالراحة بعد ٣ ساعات فقط من النوم) .
٣. أكثر حميمية من المعتاد أو الضغط على مواصلة المحادثات .
٤. طيران الأفكار أو تجربة ذاتية مع الأفكار التي تتسابق .
٥. التشتت (أي لفت الانتباه بسهولة جدا لغير المهم أو غير ذات صلة خارجية بالمحفزات) .
٦. زيادة في النشاط الموجه نحو الهدف (إما اجتماعيا ، أو في العمل أو المدرسة ، أو عن طريق الاتصال الجنسي) أو الانفعالات النفسية .
٧. أن الأفراط في تورطهم في أنشطة لها قدرة عالية على إحداث عواقب مؤلمة (على سبيل المثال : في المرح ، الشراء المنفلت ، الطائشة الجنسية ، أو الاستثمارات التجارية التى تتميز بالحماقة) .

C . ترتبط الحلقة مع هذا التغيير الذى لا لبس فيه في العمل غير المعهود من قبل ظهور الأعراض .

D . اضطراب في المزاج والتغيير في الأداء يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين .

E . الحلقة ليست خطيرة بما يكفي لتسبب ضعف ملحوظ في المهام الاجتماعية أو المهنية أو التى تتطلب دخول المستشفى .

F . لا تعود الحلقة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل المخدرات ، أو تأثير دواء أو علاج آخر) .

ملاحظة : النوبة الكاملة قد تظهر خلال حلقة العلاج المضاد للاكتئاب (على سبيل المثال : الدواء ، والعلاج الكهربائي) ولكن إذااستمرت على مستوى Syndromal بالكامل ، فقد يعود السبب إلى التأثير الفسيولوجي للعلاج ، وهو ما يوفر أدلة كافية لتشخيص الحلقة .

ومع ذلك ، يشار إلى الحذر فى واحدا أو اثنين من الأعراض (زيادة بشكل خاص تتم مع التهيج ، والحدة ، وبعد التحريض أو نتيجة استخدام مضادات الاكتئاب) ، وهذا ما يكفى لتشخيص الحلقة Hypomanie ، ولكن لا يعبر بالضرورة عن تأهب اضطراب القطبين .

اكتئابي الحلقة :

A. خمسة (أو أكثر) من الأعراض التالية قد تحدث خلال أسبوعين ، والتى تمثل فترة تغيير السير السابق ، لواحد على الأقل من الأعراض إما هو (١) المزاج المكتئب أو (٢) فقدان الاهتمام أو المتعة .

ملاحظة : لا تشمل الأعراض بوضوح ، بأن تعزى إلى حالة طبية : -

١. معظم مزاج مكتئب من اليوم ، كل اليوم تقريبا ، كما يتبين من التقرير الذاتى (على سبيل المثال : يشعر بالحزن ، فارغ ، أو ميؤوس منه) أو الملاحظة التي أبداها الآخرين (على سبيل المثال : يظهر باكيا). (ملاحظة : في الأطفال والمراهقين ، يمكن أن يكون عصبي المزاج) .

٢. تضاؤل بشكل ملحوظ الاهتمام بالمتعة في كل شيء ، أو كلها تقريبا ، أو مع معظم الأنشطة اليومية ، كل يوم تقريبا (كما هو مبين من قبل المراقبة الذاتية) .

٣. فقدان الوزن أو اتباع نظام غذائي كبير ، عندما يشعر بزيادة الوزن (على سبيل المثال : تغيير أكثر من ٥ ٪ من وزن الجسم في الشهر) ، أو نقصان / أو زيادة في الشهية تقريبا كل اليوم (ملاحظة : في الأطفال ، يحدث فشل كبير للوصول إلى زيادة الوزن المتوقعة) .

٤. الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريبا .
٥. التحريض النفسي أو التخلف كل يوم تقريبا (تلاحظ من قبل الآخرين ، مع مشاعر ذاتية من الأرق أو أن التباطؤ) .
٦. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا .
٧. مشاعر التفاهه أو الذنب المفرطة أو غير اللائقة (والتي قد تكون وهمية) كل يوم تقريبا (وليس مجرد اللوم الذاتي أو الشعور بالذنب acerca المرضى) .
٨. تضاؤل القدرة على التفكير أو التركيز ، أو التردد ، كل يوم تقريبا (إما عن طريق حساب الذاتية أو كما لوحظ من قبل الآخرين).
٩. الأفكار المتكررة حول الموت (وليس فقط الخوف من الموت) .

B . قد تسبب الأعراض ضيق سريرى هام ، أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

C . لا تعود الحلقة إلى الآثار الفسيولوجية لمادة ، أو لآخر حالة طبية .

ملاحظة : معايير AC أعلاه تشكل حلقة اكتئابي .

ملاحظة : الردود على خسارة كبيرة (على سبيل المثال : الفجيعة ، الخراب المالي ، خسائر من الطبيعي الكوارث ، مرض طبي خطير أو عجز) وقد تشمل مشاعر الحزن الشديد ، وأجترار عن الخسارة ، والأرق ، وفقدان الشهية ، وفقدان الوزن . ولوحظ فى معيار (A) أنها قد تشبه نوبة اكتئاب .

وعلى الرغم من أن هذه الأعراض قد تكون مفهومة ومناسبة ، إلا أن وجود حلقة اكتئابي ، وبالإضافة إلى الخسارة الكبيرة المعتادة ، هنا ينبعى النظر بعناية فى تلك الحالة . ويتطلب القرار - حتما - ممارسة الحكم السريري المبني على تاريخ محدد ، وفقاً للمعايير الثقافية المعبرة عن الضيق في سياق الخسارة .

اضطراب ثنائي القطب الثاني :

A . معايير منهجيات حلقة واحدة على الأقل (معايير AF تحت عنوان" حلقة الهوس الخفيف " أعلاه) مع حلقة اكتئابي واحدة على الأقل (تحت معايير AC " اكتئابي الحلقة " أعلاه) .

B . لم تكن هناك أبدا نوبة جنون .

C . وقوع حادثة Hypomanie وحلقة اكتئابي غير مفسرة/ مع اضطراب فصامي عاطفي، والتي لا تفسر بصورة أفضل مع اضطراب الوهمية ، أو غيرها من طيف الفصام المحدد أو غير المحدد وغيرها من الاضطرابات الذهانية .

D . أعراض الاكتئاب أو عدم القدرة على التنبؤ التي يحدثها التناوب المتكرر بين فترات من الاكتئاب والهوس الخفيف ، والذى يسبب ضائقة سريرية مهمة أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من مهام الأداء .

أما ترميز وتسجيل إجراءات اضطراب ثنائي القطب الثاني فله رمز تشخيص واحد : (F31.81) . ويتميز وضعه الحالي مع الشدة فى جود ميزات ذهانية ، بطبيعة الحال ، أما المحددات الأخرى فلا يجب أن تكون مشفرة ولكنها تتم فى إشارت في كتابتها (على سبيل المثال فى [F31.81] اضطراب ثنائي القطب الثاني ، حلقة الاكتئاب الحالي ، وشدة معتدلة مع ميزات مختلطة؛ [F31.81] واضطراب ثنائي القطب الثاني ، معظم الحلقات الأخيرة من الاكتئاب ، قد يحدث لها مغفرة (تعافى) جزئي) .

وفمن المفيد قبل تمييز الحزن من خلال نوبة اكتئاب كبرى (MDE) بأن نعتبر الحزن يؤثر في المشاعر الغالبة من الفراغ والضياع ، بينما في نوبة اكتئاب كبرى MDE يستمر الاكتئاب المزاج وعدم القدرة على توقع السعادة أو المتعة .

أما الإنزعاج في الحزن / فمن المرجح أن ينخفض في شدته على مدى أيام إلى أسابيع ويحدث في موجات ، والتى تسمى خزات من الحزن ، وتترافق تلك الموجات مع الأفكار التى تذكر بالمتوفى .

أما مزاج المكتئب MDE فهو أكثر ثباتا وغير مرتبط بالأفكار أو الانشغالات المحددة ، أما ألم الحزن فترافقه مشاعر إيجابية وروح الدعابة التي هي غير معهودة للترافق مع التعاسة .

معدل الانتشار البؤس سمة من نوبة اكتئاب كبرى **MDE** : يرتبط محتوى الفكر عموما مع الحزن بالانشغال بالأفكار وذكريات المتوفى ، بدلا من النقد الذاتي أو التأملات ، وينظر في نوبة اكتئاب كبرى MDE وعموماً مع الحزن ، لكن مع الحفاظ على احترام الذات ، بينما في مشاعر نوبة اكتئاب كبرى MDE تبدو التفاهة وكراهية

الذات بصورة شائعة . كما أن التفكير فى حط الذات موجود في الحزن ، والذى عادة ما ينطوي على إدراك أوجه القصور وجها لوجه مع المتوفى (على سبيل المثال : عدم زيارته فى كثير من الأحيان بما فيه الكفاية ، وعدم قوله للمتوفى / كم كنت أحبك) ، وتتركز مثل هذه الأفكار على المتوفى عموما وربما "الانضمام" للمتوفى ، في حين يتم في نوبة اكتئاب كبرى MDE التركيز على هذه الأفكار على حياة المرء الخاصة بسبب الشعور الأمور لا قيمة لها ، كما أنهم يبدون غير قادرين على التعامل مع ألم الاكتئاب .

الخصائص التشخيصية :

يتميز الاضطراب ثنائي القطب الثاني قبل السريري بنوبات متكررة تتألف من حالة اضطراب مزاجى واحد أو أكثر من نوبات الاكتئاب الكبرى (وذلك مع معايير AC تحت عنوان " اكتئابي الحلقة ") أو مع Hypomanie حلقة واحدة على الأقل (من معايير AF تحت عنوان" الحلقة Hypomanie ") .

الحلقة الاكتئابية يجب أن تستمر لمدة (أسبوعين على الأقل) ، ويجب أن تستمر الحلقة (٤ أيام) على الأقل ، لتلبية معايير التشخيص . خلال الحلقة المزاج يجب أن يكون العدد المطلوب لها من الأعراض الأكثر حاضرة الآن عند التشخيص ، وكل يوم تقريبا ، وأن تمثل تغييرا ملحوظا من السلوك المعتاد والأداء .

أما تواجدها أثناء نوبة جنون من مرض يحول دون تشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني فيأتىٌ وفقاً للمعيار (B تحت عنوان "اضطراب ثنائي القطب الثاني ") .

أما الحلقات من المادة التي يسببها دواء الاكتئاب أو اضطراب مادة الاضطراب ثنائي القطب ذات الصلة ، والتي يسببها الدواء (تمثيل الآثار الفسيولوجية للدواء ، والعلاجات الجسدية الأخرى لعلاج الاكتئاب ، من تعاطي المخدرات ، أو التعرض للسموم) أو من اضطراب الاكتئاب والمتعلق بسبب آخر حالة طبية أو الاضطراب الثنائي القطب والمتعلق بسبب حالة طبية أخرى .

ولا يتم تشخيص اضطراب القطبين الثاني ما لم تستمر الحالة إلى ما بعد ظهور الآثار الفسيولوجية المترتبة على العلاج أو على مادة تلبي معايير مدة الحلقة . وبالإضافة إلى ذلك ، فإن الحلقات يجب ألا يتم احتسابها بصورة أفضل من خلال اضطراب فصامي عاطفي سابق ، ولا مع الفصام ، أو اضطراب فصامي الشكل ، أو اضطراب

الوهمية ، أو أشكال الفصام الأخرى المحددة أو غير المحددة أو غيرها من الاضطرابات الذهانية (.C تحت عنوان " اضطراب ثنائي القطب الثاني ") .

كما يجب أن تسبب نوبات الاكتئاب أو التقلبات hypomania ضيق سريري هام أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مجالات العمل هامة (وفقاً للمعيار D تحت عنوان " اضطراب ثنائي القطب الثاني ") ، وقد تسبب هذه الحلقة انخفاض كبير ، والذى من المرجح أن يؤهل لتشخيص نوبة جنون ، وبناء على ذلك ، يمكن تشخيص عمر (زمن) اضطراب ثنائي القطب الأول . وغالباً ما تكون نوبات الاكتئاب الأكبر المتكرر أكثر تواترا وأطول من تلك التي تحدث في اضطراب ثنائي القطب الأول .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الثاني الحالي ، فعادة ما يذهبون إلى الطبيب خلال نوبة حلقة اكتئابي ، ومن غير المرجح أن يشكو مبدئيا من هوس خفيف . وعادة ، لا تسبب تلك الحلقات الضعف ، إلا أنه بدلا من ذلك ، كما أن نتائج انخفاض القيمة نتيجة نوبات الاكتئاب الكبرى من النمط المستمر من المزاج لا يمكن التنبؤ بها سواء من خلال تغييرات ، أو تذبذب ، لذا فلا يمكن الاعتماد عليها لقياس أداء الشخصية أو المهنية .

وقد لا يعرض الأفراد مع اضطراب ثنائي القطب الثاني تلك الحلقات بصورة مرضية أو غير ملائمة ، على الرغم من أن الآخرين قد يضطربوا من سلوك الفرد الخاطئ . كما أن المعلومات السريرية المتحصلة من المصادر الأخرى ، : مثل الأصدقاء المقربين أو الأقارب ، مفيد في كثير من الأحيان في وضع تشخيص دقيق لاضطراب ثنائي القطب الثاني .

يجب عدم الخلط بين حلقة الهوس Hypomanie المستمر لعدة أيام فقط مع وهن المزاج ، والذى يكون الفرد فيها قادراً على استعادة النشاط والطاقة لمتابعة تعافى من نوبة اكتئاب كبرى .

وعلى الرغم من مدة وشدة الاختلافات بين نوبة جنون وبين Hypomanie ، اضطراب القطبين الثاني ، والذى يعد " شكلاً أكثر اعتدالا " من اضطراب ثنائي القطب الأول . كما أن مقارنة الأفراد ذوي اضطراب ثنائي القطب I ، II / مع الأفراد مع أزمات مرضية كبرى والذين ينفقون ، في المتوسط ، المزيد من الوقت في مرحلة الاكتئاب من مرضهم ، والذى يمكن أن يكون شديداً ومعطلا لمهامهم الحيوية الأخرى .

كما أن أعراض الاكتئاب التي تحدث والمشتركة مـع حلقـة الهـوس Hypomanie أو الأعراض التي تحدث والمشتركة مع حلقة الاكتئاب الشائعة في الأفـراد مـع اضـطراب القطبين II والتى قد تمثل تمثيلا زائدا للاضطراب لدى الإنـاث ، وبخاصـة حالـة الهـوس الخفيف مع ميزات مختلطة .

أما الأفراد الذين يعانوا من هوس خفيف مع ميزات مختلطة - تلك التسمية - قـد لا تلبي أعراض هوس خفيف ، ولكن يتم تجربة لهم بدلا من ذلك : الاكتئاب أو التهيج مع زيادة الطاقة .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

ثمة سمة مشتركة بين اضطراب ثنائي القطب الثاني / هو الاندفاع ، والـذى يمكـن أن يسهم في محاولات (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) أو مع الاضطرابات الناجمـة عن تعاطي المواد المخدرة .

وقد ينبع اندفاع شخصية متزامناً مع اضطراب تعاطي المخدرات ، واضـطرابات القلق ، أو مع اضطراب عقلي آخر ، أو نتيجة لحالة طبية . وقد يكـون هنـاك تزايـد فى مستويات الإبداع في بعض الأفراد مع اضطراب ثنائي القطب . ومع ذلك ، قـد تكـون العلاقة غير خطية ، خاصة فيما يتعلق بزيادة عمر الإنجـازات الإبداعيـة المرتبطـة بـأكثر الأشكال اعتدالا مع الاضطراب الثنائي القطب ، وقد تم العثور على أعلى قمم الإبداع في أفراد الأسرة المتأثرة بهذا الاضطراب ، وذلك فى مرفق واحد من الإبداع والـذى زاد خلال شهر من تلـك الحلقـات Hypomanie والـتى أسـهمت في التنـاقض : بـين طلـب العلاج / أو تقويض (ترك) الالتزام بالعلاج .

معدل الانتشار Prevalende :

معدل الانتشار لمدة ١٢ شهرا من اضطراب ثنائي القطب الثاني ، ويـصل المعـدل على الصعيد الدولي ، إلى ٠,٣ ٪ . في الولايات المتحدة (لفترة ١٢ شهرا بمعدل الانتشار ٠,٨ ٪ .

إلا أن معدل الانتشار اضطراب ثنائي القطب الثاني بين الأطفال يبقى من الصعب تحديده . ولا تزيد DSM-IV معدلات اضطراب القطب I ، II ، والاضـطراب الثنـائي القطب غير المحدد بمعدلات الانتشار المجتمعة سوى عـن ١,٨ ٪ في الولايـات المتحـدة

وغيرها من المجتمعات ، مع ارتفاع المعدلات إلى (٢,٧ ٪ ضمنا) في سن الشباب بداية من (١٢ سنة) فأكثر .

ويمكن أن يبدأ تنمية ودورة الاضطراب ثنائي القطب الثاني في أواخر مرحلة المراهقة ومع مرحلة البلوغ ، حتى متوسط العمر عند بداية هو منتصف سن العشرين .

وغالبا ما يبدأ اضطراب القطبين مع الاكتئاب ما لم يتم التعرف على الحلقة (كما فى معايير اضطراب ثنائي القطب الثاني) والذى يحدث في ١٢ ٪ من الأفراد مع التشخيص الأولي من الاضطراب الاكتئابى .

وقد يسبق التشخيص أيضاً كل من : القلق ، وتعاطي المخدرات ، أو اضطرابات الأكل ، والتي تتسم بتعقيد الكشف عنها . كما لوحظ بأن العديد من الأفراد قد واجهوا عدة حلقات من الاكتئاب الشديد قبل أول حلقة معترف بها Hypomanie . ويميل عدد الحلقات مدى الحياة (سواء نوبات الاكتئاب الكبرى وHypomanie) إلى أن يكون أعلى بالنسبة للاضطراب ثنائي القطب الثاني من الاضطراب الاكتئابي ، أو اضطراب ثنائي القطب الأول .

ومع ذلك ، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب I هم في الواقع أكثر عرضة لتجربة أعراض الحلقة Hypomanie وهم من الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الثاني ، والذى يفصل بين نوبات المزاج في أثناء اضطراب ثنائي القطب الثاني / والذى يميل إلى الانخفاض مع الزمن .

أما التحول من اكتئاب لنوبة جنون أو Hypomanie (مع أو بدون ميزات مختلطة) فقد يحدث ، سواء بشكل عفوي ، أو من خلال فترة علاج الاكتئاب . كما أن حوالي ٥-١٥ ٪ من الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الثاني في نهاية المطاف ، قد يطوروا من نوبة جنون ، والذي يتغير مع تشخيص اضطراب ثنائي القطب ، بغض النظر عن الدورة اللاحقة له .

وغالبا ما يؤدى ذلك إلى أن يكون التشخيص لدى الأطفال صعباً ويمثل تحدياً ، لا سيما مع فرط التهيج (أي يفتقر إلى فترات يمكن ترسيمها جيدا وإتخذها دليلاً من تغيير المزاج) . كذلك قد يرتبط التهيج Nonepisodic لدى الشباب مع مخاطر مرتفعة لاضطرابات القلق والاضطراب الاكتئابي ، ولكن ليس مع اضطراب ثنائي القطب ،

في مرحلة البلوغ تحديداً ، والذى يميز هذه الفترة بإصرار (عناد) الشباب وتعكر المزاج ، وانخفاض معدلات الأداء العائلي مع الاضطراب ثنائي القطب / لدى الشباب الذين لديهم اضطراب القطبين مع تشخيص اضطراب الحلقة Hypomanie .

كما قد يحدث تجاوز لتلك الأعراض فى مرحلة الطفولة بما هو متوقع في بيئة وثقافة تنموية معينة ، وذلك بالمقارنة مع البالغين فى بداية اضطراب ثنائي القطب الثاني ، سواء في مرحلة الطفولة أو بداية المراهقة ، والتى قد تترافق مع اضطراب دورة أشد مستمرة مدى الحياة .

أما الإصابة فتحدث لمدة ٣ سنوات ، وبمعدل ظهور لاضطراب ثنائي القطب الثاني في البالغين الأكبر سنا من ٦٠ عاما وبنسبة ٠,٣٤ ٪ ومع ذلك ، فإن الميزة الأكبر فتظهر لدى الأفراد الأكبر سنا من ٦٠ عاما مع اضطراب ثنائي القطب الثاني .

المخاطر والعوامل المنذرة :

الجينية والفسيولوجية : خطر اضطراب ثنائي القطب الثاني يميل إلى أن يكون أعلى بين الأقارب ، ومع الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الثاني ، ذلك / في مقابل الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب I أو الاضطراب الاكتئابى . وقد تكون هناك عوامل وراثية تؤثر على العمر عند بدء اضطرابات القطبين .

المعدلات : ترتبط المعدلات بالنمط المتسارع بالعودة إلى المستوى السابق من الوظيفة الاجتماعية للأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الثاني ، والذى من الأرجح أن يكونوا من الأفراد الأصغر سنا ، والذين يعانون من الاكتئاب الأقل حدة ، مما يشير إلى آثار مرضية سلبية لفترة طويلة على الانتعاش . والمؤثرة على التعليم ، التى ترتبط بشكل مستقل مع الانتعاش الوظيفي لدى الأفراد مع اضطراب القطبين ، حتى بعد التشخيص نوع (I مقابل II) ، المتميز بأعراض الاكتئاب الحالي ، مع جود اعتلال نفسى مشترك النفسية ينبغى أن يؤخذ بعين الاعتبار .

قضايا التشخيص بين الجنسين :

تتساوى نسبة الجنس لاضطراب ثنائي القطب I مع نتائج الفروق بين الجنسين في اضطراب ثنائي القطب الثاني المختلطة ، والتى تختلف حسب نوع العينة (أي التسجيل ،

والمجتمع ، أو السريرية) وبلد المنشأ . وهناك القليل من الإختلافات بين الجنسين دون أدلة واضحة بين القطبين .

كما تشير العينات السريرية إلى اضطراب ثنائي القطب الثاني بأنه أكثر شيوعا في الإناث عنه لدى الذكور ، في حين قد تعكس الاختلافات بين الجنسين إلى التمييز في المعاملة ، أو عوامل أخرى .

ويبدو أن أنماط المرض والاعتلال المشترك ، قد يختلف حسب نوع الجنس ، ويكون الإناث أكثر عرضة من الذكور للإبلاغ عن هوس خفيف مع ميزات اكتئاب مختلطة . وتلك الحلقة Hypomanie يمكن أن تحدث في ١٠ -٢٠ ٪ من الإناث في السكان ، والذي عادة ما تحدث وقت مبكر من فترة ما بعد الولادة .

أما التمييز بين الهوس الخفيف مع مزاج مبتهج وانخفاض فى النوم فقد يصاحب عادة حالة ولادة طفل صعبة . أما الهوس الخفيف بعد الولادة فقد يتصل ببداية الاكتئاب الذي يحدث في حوالي نصف الإناث الذين يعانون من " مستويات قياسية " . بعد الولادة ، وثبت بأن الكشف الدقيق من اضطراب ثنائي القطب الثاني قد يساعد في تأسيس العلاج المناسب للاكتئاب ، الأمر الذي قد يقلل من خطر (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) .

مخاطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

خطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) مرتفعة في اضطراب ثنائي القطب الثاني ، كما أن حوالي ثلث الأفراد مع اضطراب القطبين الثاني قد يقرروا خلال تاريخ حياتهم من محاولة الفتك بالذات .

أما معدلات الانتشار Prevalende فقد تكون حاضرة مدى الحياة في اضطراب القطبين الثاني واضطراب ثنائي القطب I لتكون مشابهة لنسبة (٣٢,٤ ٪ و٣٦,٣ ٪ على التوالي) .

ومع ذلك ، فإن محاولات الفتك بالذات ، على هذا النحو المحدد من قبل نسبة أقل من تلك المحاولات والتي قد تكون أعلى في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الثاني / بالمقارنة مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الأول .

وقد يكون هناك وجود ارتباط بين العلامات الوراثية مع زيادة خطر السلوك ى لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب ، بما في ذلك التعرض لخطر أعلى ٦,٥ أضعاف حالات وذلك بين الأقارب من الدرجة الأولى من القطبين الثاني / بالمقارنة مع أولئك الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب الأول .

العواقب الوظيفية من اضطراب ثنائي القطب الثاني :

على الرغم من أن العديد من الأفراد مع القطبين الثاني ، يعانوا من حالة الفوضى، إلا أنهم قد يعودوا إلى مستوى التشغيل بالكامل إلى حلقة المزاج ، أو الاستمرار بما لا يقل عن ١٥ ٪ ممن لديهم بعض الخلل بين الحلقات ، و٢٠ ٪ لديهم فرصة الانتقال مباشرة إلى حلقة مزاج آخر دون انتعاش مشترك بين الحلقة .

أما وظيفية الانتعاش الكبير ، فقد يكمن وراء الشفاء من أعراض اضطراب ثنائي القطب الثاني ، ولا سيما فيما يتعلق بالانتعاش المهني ، مما قد يؤثر على الوضع الاجتماعى والاقتصادي .

وعلى الرغم من انخفاض مستويات معدلات التعليم مع السكان بصفة عامة : فإن الأفراد مع اضطراب القطبين اضطراب الثاني / أكثر سوءاً فى الأداء / من الأفراد الأصحاء وذلك في الاختبارات المعرفية ، ومع استثناء الذاكرة والطلاقة الدلالية ، فإن ضعف الإدراك مماثل لما يفعله الأفراد مع اضطراب ثنائي القطب الأول ، كما يرتبط اضطراب ثنائي القُطب الثاني - إدراكيا - بما قد يسهم في الصعوبات المهنية ، والبطالة لفترات طويلة في الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب مع أكثر حلقات من الاكتئاب ، وخاصة لدى كبار السن ، والمترافق مع زيادة معدلات اضطرابات الهلع الحالي ، وتاريخ من الخلل في تعاطي الكحول .

التشخيص التفاضلي للاضطراب الاكتئابي :

ربما كان التشخيص الأكثر تحديا للنظر فى الاضطراب الاكتئابي ، والذى قد يكون مصحوباً بنوبة الهوس ypomania ، إلا أنها لا تستوفى أعراض المعايير الكاملة للحالة (أي أقل الأعراض / أو الأقصر مدة مما هو مطلوب لحلقة Hypomanie) . وخصوصا عند تقييم الأفراد ، مع أعراض التهيج ، والذى قد يترافق مع أي الاضطراب الاكتئابى آخر ، أو مع اضطراب ثنائي القطب الثاني .

اضطراب دوروية المزاج :

هنـاك فتـرات عديـدة مثـل أعـراض الهـوس الخفيـف ، والـذى قـد يحـدث في اضطراب دوروية المزاج، مع فترات عديدة من أعراض الاكتئاب التي لا تلـبي أعـراض أو معايير مدة نوبة اكتئاب كبرى .

أما اضطراب ثنائي القطب الثاني المميز من اضطراب دورويـة المـزاج مـن خـلال وجود واحد أو أكثر من نوبات الاكتئاب الكبرى ، فقد تحدث نوبة اكتئاب كـبرى معـه بعد السنة الأولى مـن اضـطراب دوريـة المـزاج ، والـتى يـتم عنـدها إعطـاء تـشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني .

توجد علاقة بين طيف الفصام والاضـطرابات الذهانيـة الأخـرى ذات الـصلة : فالاضطراب ثنائيـة القطـب الثـاني يمكـن تمييزهـا / عـن الاضـطرابات النفـسية (مثـل ، اضطراب فصامي عاطفي ، والفصام ، واضطراب الوهمية) . والتى تتسم جميعها بفترات من الأعراض الذهانية التي تحدث في غياب أعراض المزاج البارزة ، وتشمل الاعتبـارات الأخرى المتصلة بالأعراض ، والنوبات السابقة ، والتاريخ العائلي .

اضطرابات الهلـع أو اضـطرابات القلـق الأخـرى : وتحتـاج إلى النظـر فيهـا مـع تشخيص اضطرابات القلق التفريقي ، ويمكن أن تكـون في كـثير مـن الأحيـان بوصـفها اضطرابات تحدث بصورة مشتركة ، أما الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة ، فتدرج – فى التشخيص التفريقى – تحت 'مسمى اضطرابات تعاطي المخدرات .

اضطراب دوروية المزاج المزمن :

قد تُشخص اضطراب نقص الانتباه (**ADHD**) خطـأ علـى أنـه اضـطراب ثنـائي القطب الثاني ، وخصوصا لدى المراهقين والأطفال . حيث أنه قـد يترافـق فى كـثير مـع أعراض اضطراب نقص الانتباه ADHD ، مثل الكلام السريع ، والأفكار المتـسارعة ، والتشتت ، وأقل حاجة للنوم ، والتى تتداخل مع أعراض الهوس الخفيف .

كما يمكن تجنب اضطراب ثنائي القطب الثاني ، إذا كان الطبيب يوضح بـأن مثـل هذه الأعراض تمثل حلقة مميـزة ، أو إذا كانـت الزيـادة ملحوظـة علـى خـط الأسـاس المطلوب لتشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني الحاضر والمعايش .

اضطرابات الشخصية : عندما يتم تقييم الفرد مع اضطراب في الشخصية مثل اضطراب الشخصية الحدية ، مع عطوبية المزاج والاندفاع الشائعة في كل من اضطرابات الشخصية ، ومع اضطراب ثنائي القطب

ويجب أن تكون الأعراض تمثل حلقة مميزة ، مع زيادة ملحوظة على خط الأساس اللازم لتشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني ، والذى يجب أن يكون موجوداً فى تشخيص اضطراب في الشخصية ، والذى لا ينبغي أن يتم خلال حلقة المزاج دون علاج ، إلا إذا تم دعمه بتاريخ حياتهم مع وجود اضطراب في الشخصية .

اضطرابات القطبين الآخرين : ينبغي التميز بين تشخيص اضطراب ثنائي القطب الثاني / من اضطراب ثنائي القطب الأول ، وذلك من خلال النظر بعناية ما إذا كانت هناك أي حلقات ماضية من الهوس أو من اضطرابات القطبين المحددة وغير المحددة والمرتبطة بالأخرى التي تؤكد وجود هوس خفيف Syndromal وباكتئاب كامل .

الاعتلال المشترك :

لا يرتبط اضطراب ثنائي القطب الثاني - في كثير من الأحيان - مع واحد هو أو أكثر الأعراض المشاركة ، والتى تحدث اضطرابات عقلية ، بالتوازى مع اضطرابات القلق الأكثر شيوعا .

وتحدث فى حوالي ٦٠ ٪ من الأفراد مع اضطراب ثنائي القطب الثاني / وذلك مع مشاركة ثلاثة أعراض أو أكثر المسهمة في حدوث الاضطرابات النفسية ؛ كما أن ٧٥ ٪ من الأفراد قد يكون لديهم اضطراب القلق ؛ و٣٧ ٪ لديهم اضطراب تعاطي المخدرات .

أما الأطفال والمراهقين مع اضطراب ثنائي القطب الثاني فلديهم أعلى معدلات من اضطرابات القلق التي تحدث بصورة مشاركة مع أولئك الذين لديهم اضطراب ثنائي القطب ، أما أن اضطراب القلق فغالبا ما يسبق اضطراب القطبين .

وتحدث اضطرابات القلق في الأفراد مع اضطراب ثنائي القطب الثاني بمعدل أعلى مما كان عليه لدى عامة السكان . ويعانى حوالي ١٤ ٪ من الأفراد مع اضطراب ثنائي القطب الثاني ، وقد يترافق على الأقل مع اضطراب في الأكل مدى الحياة ، ويعد اضطراب الأكل بنهم الأكثر شيوعا / من الشره المرضي العصبي ، أو من فقدان الشهية العصبي .

ولا يبدو بأن هذه الاضطرابات تحدث عادة بصورة مشتركة مع مسار المرض المستقل عن الاضطراب الثنائي القطب ، وعن اضطرابات المزاج . وعلى سبيل المثال : القلق واضطرابات الأكل ، والتى تميل لربط معظمها مع أعراض الاكتئاب ، واضطرابات تعاطي المخدرات التى ترتبط بشكل معتدل مع أعراض الاضطراب الهوسي .

معايير التشخيص (F34.0) :

أ. للحصول على ما لا يقل عن سنتين (على الأقل سنة واحدة عند الأطفال والمراهقين) كانت هناك العديد من فترات مع أعراض Hypomanie التي لا تستوفي معايير الحلقة وفترات عديدة مع أعراض الاكتئاب التي لا تستوفي معايير الحلقة الإكتائبية .

ب. خلال نفس الفترة من العام الثانى أعلاه (سنة واحدة في الأطفال والمراهقين) ، و hypomania وفترات الاكتئاب كان موجودا لما لا يقل عن نصف الوقت والفرد لم يكن من دون أعراض لأكثر من شهرين في المرة الواحدة .

ت. لم يتم الوفاء C . بمعايير ، حلقة هوسي الاكتئابي Hypomanie .

ث. الأعراض في المعيار A لا يتم شرحها بشكل أفضل من خلال اضطراب فصامي عاطفي ، أو مع اضطراب فصامي الشكل ، واضطراب الوهمية ، أو غيرها من المحدد أو غير المحدد لطيف الفصام وغيرها من الاضطراب الذهاني .

ج. لا تعزى الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل تعاطي المخدرات) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : فرط نشاط الغدة الدرقية) .

ح. قد تسبب الأعراض ضيق سريرى هام سريريا أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء مثل الأحداث الصادمة .

الخصائص التشخيصية :

السمة الأساس من سمات اضطراب دورية المزاج المزمن ، هو اضطراب المزاج المتقلب التي ينطوي على فترات عديدة من أعراض الاكتئاب والتي تختلف عن بعضها البعض (A) .

أما الأعراض فهي متغيرة مع عددها ، ودرجة شدتها ، وفقاً لمعدل الانتشار ، أو مع مدة تلبية المعايير الكاملة لنوبة اكتئاب كبرى ، وذلك من خلال الفترة الأولية نفسها من العام (سنة واحدة للأطفال / أو المراهقين) ، ويجب أن تكون الأعراض مستمرة (وحاضرة لأكثر من عدة أيام) مع وجود فترات خالية من الأعراض المستمرة لحوالى شهرين وفقاً للمعيار (B) . كما يتم تشخيص اضطراب دوروية المزاج فقط إذا كانت هناك معايير كبرى لم يتم الوفاء بها مع الاكتئاب ، مع حلقة الهوس Hypomanie . (C)

إذا كان هناك شخص قد عانى مع اضطراب دورية المزاج في وقت لاحق (أي بعد السنة الأولى في البالغين أو سنة واحدة في الأطفال أو المراهقين) فقد يواجه حلقة هوسي اكتئابي ، أو قد يتغير التشخيص إلى اضطراب الاكتئاب الشديد ، أو إلى اضطراب ثنائي القطب I ، أو غيرها من اضطراب ثنائي القطب غير المحدد أو مع الاضطراب ذات الصلة (فئات فرعية كما فى حلقة اكتئابي سابقة) ، أو مع اضطراب دوروية المزاج .

ولا يتم تشخيص اضطراب دورية المزاج إذا كان هناك نمط من تقلبات مزاجية أفضل لتفسير الاضطراب الفصامي العاطفي ، والفصام ، والاضطراب الفصامي الشكل ، واضطراب الوهمية ، أو غيرها من الاضطرابات المحددة وغير المحددة مثل طيف الفصام ، وغيرها من الاضطرابات الذهانية (D) ، والتي تعتبر الأعراض المرتبطة بالمزاج ، مع ملامحً من اضطراب ذهانية . كما يجب أن لا يعزى اضطراب المزاج إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، تعاطي المخدرات ، أو دواء) أو نتيجة لحالة طبية أخرى (وعلى سبيل المثال : فرط نشاط الغدة الدرقية) (E) .

وعلى الرغم من أن بعض الأفراد قد يعمل بشكل جيد خلال بعض فترات الهوس الخفيف ، على مدى فترات طويلة من الفوضى ، كما يجب أن تكون هناك ضائقة سريرية مهمة ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مما ينتج عن اضطراب المزاج (F) .

أما انخفاض القيمة قد تتطور نتيجة لفترات طويلة من اضطراب دورية تغيرات في المزاج ، والذى قد يتم في كثير من الأحيان غير المتوقعة (مثل ، اعتبار الفرد مزاجي ، أو متقلب المزاج بصورة غير متناسقة ، أو غير موثوق بها ، ولا يمكن التنبؤ بها) .

معدل الانتشار Prevalende :

معدل الانتشار عمر اضطراب دورية المزاج حوالي ٠,٤٪ . أما معدل الانتشار في اضطرابات المزاج في العيادات الخارجية فقد يتراوح بين ٣ - ٥ ٪ . في عموم السكان ، أما اضطراب المزاج الدوري الشائع ، فهو على ما يبدو على قدم المساواة في الذكور والإناث . كما قد تؤثر العوامل الصحية ، لدى الإناث مع اضطراب دورية المزاج ، والذين قد يكونوا أكثر عرضة لتلقي العلاج ، عنها لدى الذكور .

دورة تطور المرض تنمية :

عادة ما يبدأ اضطراب دورية المزاج في مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر وأحيانا يعتبر كنزعة تعكس مزاجية اضطرابات أخرى . وعادة ما نكون بداية اضطراب دورية المزاج - غدراً - ومن خلال دورة مستمرة . هناك نسبة ١٥-٥٠ ٪ مع خطر تعرض الفرد مع اضطراب ثنائي القطب دوري المزاج الذى قد يتطور لاحقاً لاضطراب ثنائي القطب الثاني .

أما البداية الثابتة ، المتقلبة لأعراض الاكتئاب ، فتضح في وقت متأخر من حياة الكبار ، والذى يحتاج إلى أن يفرق بوضوح بين اضطراب القطبين ويتصل به بسبب حالة طبية أخرى ، أو نتيجة لاضطراب الاكتئاب بسبب آخر يتم تعيينه بسبب حالة طبية (على سبيل المثال : التصلب المتعدد) قبل تشخيص اضطراب دورية المزاج بين الأطفال الذين يعانون منه ، أما متوسط العمر عند ظهور الأعراض فهو ٦,٥ سنوات من العمر .

المخاطر والعوامل المنذرة :

الجينية والفسيولوجية : اضطرابات الاكتئاب الكبرى ، واضطراب ثنائي القطب الأول ، وبين اضطراب القطبين الثاني الأكثر شيوعا بين الأقارب من الدرجة الأولى مع اضطراب دوري المزاج مما كان عليه في عامة السكان . وقد تكون هناك أيضاً زيادة الخطر العائلي للاضطرابات المرتبطة بالجوهر . فقد يكون اضطراب دورية المزاج Cyclotiiymic [1] أكثر شيوعاً في الأقارب من الدرجة الأولى ، عنه لدى الأفراد مع الاضطراب ثنائي القطب I لدى عموم السكان .

---

(١) دورية المزاج ، وتسمى أيضا **cyclothymic** الفوضى أو الاضطراب ثنائي القطب الثالث، هو نوع من المزمن اضطراب المزاج تعتبر على نطاق واسع أن يكون شكل-

التشخيص Differentiai :

يتصل تشخيص الاضطراب ثنائي القطب ، واضطراب الاكتئاب ، بسبب حالة طبية أخرى . كما يرتبط تشخيص الاضطراب الثنائي القطب وما يتصل به بحالة طبية أخرى أو مع اضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية أخرى ، وقد يعزى اضطراب المزاج إلى تأثير فسيولوجي ، نتيجة لحالة طبية مزمنة (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية) .

ويستند هذا التصميم على تاريخ الحالة ، وعلى الفحص البدني ، أو نتائج المختبر ، وإذا تم الحكم على أنه نوبة Hypomanie من أعراض الاكتئاب ، وليس لنتيجة فسيولوجي طبية ، فمن ثم يتم تشخيصه كاضطراب عقلي أولي (أي اضطراب دوروية المزاج) ويتم بناءً عليه ترميز الشرط الطبي له ، وعلى سبيل المثال : سيكون الحال مع الأعراض التى تتصل بالمزاج النفسي (وليس فسيولوجي) نتيجة وجود حالة مزمنة طبية ، أو إذا لم تكن هناك علاقة مسببة بين النوبة Hypomanie وأعراض الاكتئاب ، فتشخص بحالة طبية نتيجة المادة medication التي يسببها الدواء للاضطراب ثنائي القطب والاضطراب ذات الصلة والناجم عن اضطراب الاكتئاب . عن المادة التي يسببها دواء القطبين ، وما يتصل به من اضطراب والجوهر والذى يسببه الدواء لاضطراب الاكتئاب cyclothymic من فوضى من قبل الحكم بأن مادة الأدوية (وخاصة المنشطات) ترتبط باضطراب المزاج . وبتقلب المزاج بشكل متكرر مع هذه الاضطرابات التي تّوحي بأن اضطراب دورية المزاج عادة ما يحل تالياً من وقف تعاطي المخدرات .

اضطراب ثنائي القطب : اضطراب ثنائي القطب II ، قد يشبه الاضطرابات دورية المزاج بحكم التحولات الملحوظة المتكررة في المزاج . وبحكم التعريف ، فإن اضطراب دورية المزاج / قد يلتقى مع معايير حلقة الهوس الاكتئابي ، في حين أن

- أخف أو دون العتبي من الاضطراب الثنائي القطب . يتميز دوروية المزاج من قبل العديد من التقلبات المزاجية ، مع فترات من أعراض حتى هوس خفيف التي لا تستوفي معايير لحلقة حتى هوس خفيف الرئيسية،[1] بالتناوب مع فترات من أعراض خفيفة أو معتدلة من الاكتئاب التي لا تستوفي معايير لحلقة اكتئابي.

الاضطراب الثنائي القطب II والاضطراب المحدد " مع التسارع السريع " يتطلب بأن تكون حلقات المزاج الكاملة موجودة .

اضطراب الشخصية الحدية : ترتبط اضطراب الشخصية الحدية مع تحولات ملحوظة في المزاج الذي قد يوحي باضطراب دورية المزاج . وإذا تم استيفاء معايير كل من تلك الاضطرابات ، عندها يمكن تشخيص كل من الشريط الحدودي لاضطراب الشخصية واضطراب دورية المزاج .

الاعتلال المشترك :

الاضطرابات المرتبطة بالجوهر واضطرابات النوم (أي صعوبات مع بدء ، أو الحفاظ على النوم) قد تكون موجودة في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب دوروية المزاج . كما أن معظم الأطفال مع اضطراب دوروية المزاج / الذين يعالجون في العيادات الخارجية من المرضى النفسية والعقلية والذين تتوفر لديهم إعدادات وشروط تلك الحالات ؛ هم أكثر ُعرضه من الأطفال المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية أخرى / ممن لديهم اضطراب انتباه مرضي . نتيجة تناول مادة أدوية مستحثة ، أو اضطراب ثنائي القطب ذات الصلة .

معايير التشخيص :

A. اضطراب بارز ومستمر في المزاج الذي يسود في الصورة السريرية وتتميز بالارتفاع ، وبالتوسع ، مع عصبية المزاج ، ومع /أو بدون اكتئاب مزاجى ، أو مع تضاؤل بشكل ملحوظ مع المتعة في كل شيء ، أو تقريبا فى كل الأنشطة .

B . هناك أدلة من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية على حد سواء (١) و(٢) : -

١. الأعراض في المعيار A تطورت أثناء أو بعد وقت قصير من التسمم النتاتج عن مادة أو الانسحاب أو بعد التعرض للدواء .

٢. جوهر المشاركة أو الدواء قادر على إنتاج الأعراض .

B . لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال اضطراب ثنائي القطب أو ذات الصلة ، وليس نتيجة المادة التي يسببها الدواء . وهناك أدلة على وجود اضطراب ثنائي القطب أو المتعلقة به ، أو المستقلة والتى يمكن أن تشمل ما يلي : -

قد تسبق الأعراض بداية تعاطي المخدرات، أو الأدوية ؛ وإذااستمرت الأعراض لفترة طويلة من الزمن (على سبيل المثال : حوالي شهر واحد) بعد توقف الانسحاب أو التسمم الحاد ، أو إذا كانت هناك أدلة أخرى تشير إلى وجود الاضطراب الثنائي القطب وذات الصلة non-substance أو medication-induced المستقلة (على سبيل المثال : تاريخ من نوبات متكررة) .

C . لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير هذيان . وقد يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريرية أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو في مجالات أخرى هامة من الأداء .

ملاحظات الترميز :

والواردة في دليل منظمة الصحة العالمية التاسع والعاشر ICD-9-CM ورموز ICD-10-CM [للمادة المحددة أو للدواء] ويشار إلى اضطراب القطبين ، والملاحظ في 10- ICD- كود CM يعتمد على ما إذا كان أو لم يكن هناك اضطراب مرضي نتيجة استخدام مادة حاضرة لنفس فئة من المواد المخدرة .

وإذا كان اضطراب تعاطي المخدرات المرضي المعتدل / يترافق مع اضطراب substanceinduced ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة ، والطابع موقف ٤ هو "١" ، وينبغي على الطبيب أن يسجل " خفيفة [نتيجة استخدام مادة] أو اضطراب ثنائي القطب قبل الناجم عن استخدام المخدرات ، أو اضطراب ذات الصلة (على سبيل المثال ،" اضطراب القطبين الخفيف مع تعاطي الكوكايين / أو مع التي المادة التى يسببها الكوكايين أو اضطراب ذات الصلة") .

وإذا كان الاضطراب تعاطي المخدرات مع القطبين الناجم عن مادة واضطراب مرضي ذات الصلة معتدل أو شديد ، فإن طابع الموقف هو 4 " 2 " ، وعلى الطبيب تسجيل "المعتدلة [اضطراب نتيجة استخدام مادة] " أو " [الجوهر] اضطراب شديد نتيجة استخدام مادة ، " اعتمادا على شدة الاضطراب المرضي نتيجة تعاطي المخدرات ، وإذا لم يكن هناك اضطراب مرضي ناتج عن تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، ثم الحرف موقف 4 هو " 9 " والطبيب يجب تسجيل فقط القطبين الناجم عن المخدرات واضطراب ذات الصلة . (مع

دليل الأمراض العاشر الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-10-CM) مع استخدام اضطراب ،ICD-9-CM خفيف ، مع استخدام اضطراب معتدل أو شديدة ، بدون استخدام اضطرابات الكحول (فينسيكليدين) ، أو المهلوسات الأخرى : -

1	F10.14
2	F16.14
3	F10.24
4	FI 6.24
5	FI 6.24
6	FI 0.94
7	F16.94
8	ICD-10-CM
10	ICD -9- CM
11	مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق F13.94 F13.24 F13.14
12	الأمفيتامين (أو غيرها منه) FI 5.94 F15.24 F15.14
13	الكوكايين F14.94 F14.24 F14.14
14	مادة أخرى (أو غير معروفة) FI 9.94 F19.24 F19.14

مع تحديد إذا كان (نتيجة مادة مرتبطة بالادمان ، أو اضطرابات " مرتبطة بتشخيص طبقة المادة) : ومع بداية ، أو أثناء التسمم : وإذا تم استيفاء معايير التسمم خلال تطوير جوهر أعراض التسمم ، مع بداية أو أثناء الانسحاب : أو إذا تم استيفاء معايير للانسحاب من مادة وخلال تطوير الأعراض ، أو بعد فترة وجيزة ، من الانسحاب .

إجراءات التسجيل :

أولاً : ICD-9-CM اسم المادة التي يسببها دواء ثنائي القطب والاضطراب المتعلق به يبدأ مع مادة معينة (مثل الكوكايين ، ومع دواء ديكساميثازون) والتي يفترض أن تسبب أعراض المزاج ثنائي القطب ، ويتم تحديد رمز التشخيص مع مجموعة من المعايير ، التي تقوم على أساس طبقة المخدرات .

وبالنسبة للمواد التي لا تناسب أي من الفئات (على سبيل المثال : ديكساميثازون) ، فيجب أن يكون رمز "مادة أخرى" والذى يستخدم ، وفي الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة لتكون عاملا مسبباً ولكن لفئة محددة من مادة غير معروفة ، وفئة " مادة مجهولة " ينبغي استخدامها .

ويتبع اسم الاضطراب مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال التسمم ، والبدء بها خلال مرحلة الانسحاب) . وخلافا لإجراءات التسجيل لدليل الأمراض العاشر الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-I0-CM ، والذى يجمع بين الاضطراب الناجم عن المخدرات / وعن اضطراب تعاطي المخدرات في عملية واحدة ICD-9-CM ويعطى رمز تشخيص منفصل لاضطراب تعاطي المخدرات . وعلى سبيل المثال : في حالة ظهور أعراض التسمم العصبي الذي يحدث مع اضطراب شديد لتعاطي الكوكايين ، فإن التشخيص الذى يسببه الكوكايين من اضطراب القطبين ، مع بداية أو أثناء التسمم .

كما أن هناك تشخيص إضافي لاضطراب تعاطى الكوكايين الشديد ، وذلك عندما يتم الحكم على مضمون واحد أو أكثر للعب دوراً كبيراً في تطوير أعراض المزاج ثنائي القطب ، والذى يجب أن يتم سرد كل على حدة (على سبيل المثال : الناجم عن اضطراب الميثيلفينيديت **Methylphenidate** [1] وذات الصلة باضطراب القطبين مع بداية / أو أثناء التسمم ؛ الناجم عن ديكساميثازون) .

ثانياً : ICD-10-CM . اسم المادة التي يسببها الدواء ثنائي القطب والاضطراب المتعلق به يبدأ مع مادة معينة (مثل الكوكايين ، ديكساميثازون) والتي يفترض أن تسبب أعراض المزاج ثنائي القطب .

ويتم تحديد رمز التشخيص مع مجموعة المعايير ، التى تقوم على أساس طبقة المخدرات مع وجود أو عدم وجود اضطراب مرضي ناتج عن تعاطي المخدرات . وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من تلك الفئات (على سبيل المثال : ديكساميثازون) ، والتى يجب معها استخدام رمز "مادة أخرى" ، وذلك في الحالات التي

---

(١) فعالية الميثيلفينيديت للبالغين الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه فرط النشاط (ADHD)يدل على نطاق واسع بين الدراسات تقلباته ، والتي ينتج عنها نتائج غير متجانسة في التحليل التلوي . هي أسباب هذا التباين التحقيق بصورة شاملة .

يتم فيها الحكم على مادة لتكون عاملا مسبباً لفئة معينة من مادة غير معروفة ، أو فئة "مادة مجهولة " ينبغي استخدامها .

وعند تسجيل اسم اضطراب تعاطي المخدرات (إن وجدت) يتم سرد أولا ، تليها كلمة "مع" ، يليه اسم بفعل مادة ثنائي القطب واضطراب ذات الصلة ، تليها مواصفات ظهور (أي ظهور خلال فترة التسمم ، والبدء بها خلال فترة الانسحاب) . على سبيل المثال : في حالة حدوث أعراض تعكر المزاج خلال التسمم مع اضطراب شديد من تعاطي الكوكايين ، يكون التشخيص F14.24 الاضطراب الثنائي القطب شديد مع تعاطي الكوكايين الذى يسببها الكوكايين والاضطراب ذات الصلة مع بداية/ أو أثناء التسمم .

ولا يعطى التشخيص المنفصل من تعاطي الكوكايين المرضي الشديد / إذا كان اضطراب الثنائي القطب الناجم عن المخدرات والاضطراب ذات الصلة يحدث دون اضطراب مرضي مع تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، كما يجب ملاحظة اضطراب تعاطي المخدرات المرفق (على سبيل المثال : F15.94 الناجم عن الأمفيتامين بين القطبين والاضطراب ذات الصلة ، مع بداية / أو أثناء التسمم) . مع أكثر من مادة واحدة والمؤهلة بأن تلعب دورا هاما في تطوير أعراض اضطراب المزاج ثنائي القطب ، ويجب أن يتم سرد كل حالة على حدة (على سبيل المثال : F15.24 الاضطراب الشديد باستخدام الميثيلفينيديت / ومع الميثيلفينيديت- ثنائي القطب والاضطراب بفعل ذات الصلة ، مع بداية، أو أثناء التسمم ؛ F19.94 أما الاضطراب ثنائي القطب ذات الصلة ، مع بداية ، أو أثناء التسمم) التي يسببها دواء ديكساميثازون [1] .

---

(١) ديكساميثازون (Dexamethasone) عبارة عن كورتيكوستيرويد(Corticosteroid) ذي فعالية مستمرة، ويستخدم لعلاج العديد من أمراض الجلد والأنسجة الرخوة النابعة من الحساسية أو الالتهاب. في الإمكان حقن الديكساميتازون في المفاصل لتخفيف الألم والتيبس.

الخصائص التشخيصية :

ميزات التشخيص من المادة التي يسببها الدواء ثنائي القطب ، هى ذات الصلة فى الأساس بنفس اضطرابات الهوس ، هوس خفيف ، أو الاكتئاب . باستثناء مفتاح التشخيص من المادة التي يسببها الدواء ثنائي القطب والاضطراب ذات الصلة كما فى حالة هوس خفيف أو الهوس التي تحدث بعد استخدام الأدوية المضادة للاكتئاب أو العلاجات الأخرى والتى قد تستمر إلى ما بعد الآثار الفسيولوجية للدواء . ويعتبر هذا الشرط مؤشرا للاضطراب الثنائي القطب ، وليس نتيجة المادة التي يسببها الدواء ثنائي القطب والاضطراب ذات الصلة . وبالمثل ، فإن الأفراد مع الحلقات التي يسببها العلاج بالصدمة الكهربائية من هوس ، أو أن تستمر إلى ما بعد الآثار الفسيولوجية للعلاج ، عندها يتم تشخيص الاضطراب الثنائي القطب ، وليس بالمادة التي يسببها الدواء لاضطراب القطبين ذات الصلة .

الآثار الجانبية لبعض مضادات الاكتئاب والعقاقير العقلية الأخرى (على سبيل المثال : الحدة ، والإثارة) :

قد تشبه الأعراض الأولية لمتلازمة الهوس ، لكنها في الأساس متميزة عن أعراض القطبين وغير كافية لتشخيصه . كما أن أعراض معيار الهوس الخفيف لديه خصوصية (مثل التحريض البسيط والذى يختلف عن التورط الزائد في أنشطة هادفة) ، مع عدد كاف من الأعراض التى يجب أن تكون موجودة (وليس واحد فقط ، أو اثنين من الأعراض) لجعل هذه التشخيصات مقبولة ، وعلى وجه الخصوص كمظهر غير محدد التهيج واحد أو اثنين ، الحدة ، أو التحريض خلال العلاج المضاد للاكتئاب ، وفي حالة عدم وجود متلازمة الهوس الكامل التى لا ينبغي اتخاذها لدعم تشخيص الاضطراب ثنائي القطب .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

المسببات (العلاقة السببية بإستخدام الأدوية أو المؤثرات العقلية من الاعتداء تستند إلى أفضل الأدلة السريرية) كمتغير رئيس في هذا النموذج المحدد من اضطراب القطبين . أما المواد أو الأدوية التي عادة ما تكون مرتبطة مع المادة التي يسببها دواء اضطراب ثنائي القطب ، والاضطراب ذات الصلة ، والذى يشمل المنشطات ، وفئة

من العقاقير ، وكذلك فينسيكليدين ، ويستمر في الظهور عددا من المواد المحتملة ، كما قد يتم تجميع مركبات جديدة (على سبيل المثال : ما يسمى أملاح الاستحمام) . وقد يساعد على زيادة يقين التشخيص وجود تاريخ من تعاطي المخدرات .

ولا توجد دراسات وبائية من المادة التي يسببها دواء اضطراب الهوس الاكتئابي ، وقد تكون كل مادة مسببة للمخاطر الفردية ، والمسهمة فى إحداث اضطراب القطبين (الهوس أو Hypomanie) .

دورة التنمية :

مادة فينسيكليدين التي يسببها الهوس ، قد تكون العرض الأولي لواحد من حالات الهذيان مع الخصائص العاطفية المصاحبة ، التي تصبح بعد ذلك حالة من الهوس أو الهوس المختلط غير المعتاد .

ويتبع هذا الشرط الابتلاع أو الاستنشاق بسرعة ، وعادة ما يكون في غضون ساعات ، وفي معظم ، الأحيان يتم مع تناول منشطات الهوس أو Hypomanie ، وتتم الاستجابة في غضون دقائق إلى ساعة واحدة ، أو بعد عملية ابتلاع أو حقن .

وتتميز الحلقة بأنها قصيرة جدا ، وعادة ما يحل بعد ١-٢ يوم . مع وجود مناعة من الأدوية ، أما الهوس (المختلط مع الاكتئاب) فعادة ما يلي عدة أيام من الابتلاع ، ويظهر جرعات أعلى لمن لديهم احتمال أكبر بكثير من إنتاج أعراض اضطراب ثنائي القطب .

التشخيص التفاضلى :

المتطلبات البيئية يمكن إجراء تحديد مضمون المتطلبات البيئية من خلال تحليل الدم أو البول لتأكيد التشخيص . وينبغي التمييز بين المادة التي يسببها الدواء لاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذات الصلة من اضطرابات القطبين الأخرى ، أو الناتج عن التسمم الناجم عن مادة أو مادة الهذيان وتبدو الآثار الجانبية للدواء (كما أشرنا سابقا) من خلال حلقة كاملة للهوس ، والتي تبرز أثناء العلاج بمضادات الاكتئاب (على سبيل المثال : الأدوية ، والعلاج الكهربائي) ولكنها قد تستمر بالكامل Syndromal خارج تأثير العوامل الفسيولوجية .

أما الحلقة الكاملة التي تبرز أثناء العلاج بمضادات الاكتئاب (على سبيل المثال : الأدوية ، والعلاج الكهربائي) والذى قد يستمر على مستوى متلازمة Syndromal كاملة ، كما لا تتوفر أدلة كافية لتشخيص اضطراب القطبين الثاني إلا إذا سبقته نوبة اكتئاب كبرى .

الاعتلال المشترك :

الأمراض المصاحبة لتلك المرتبطة باستخدام المواد غير المشروعة (وغير قانونية مثل المنشطات أو فينسيكليدين) أو تسريب المنشطات المقررة . أو الأمراض المصاحبة ذات الصلة بالستيرويد أو الأدوية المثبطة للمناعة ، وهى تمثل مؤشرات طبية مهيئة لظهور الأعراض .

ويمكن أن يحدث الهذيان جنبا إلى جنب مع أعراض الهوس، بمجرد تناول الأفراد لفينسيكليدين أو مع أولئك الذين توصف لهم الأدوية الستيرويدية ، أو أدوية المناعة الأخرى / وعندها يتم الأخذ بتشخيص اضطراب ثنائي القطب وذات الصلة بحالة طبية أخرى .

معايير التشخيص :

A . فترة بارزة ومستمرة من مرتفعة بشكل غير طبيعي ، توسعية ، أو عصبي المزاج وزيادة النشاط بشكل غير طبيعي أو الطاقة التي تسود في الصورة السريرية .

B . هناك أدلة من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية بأن اضطراب هو نتيجة حالة مرضية في جسم المريض مباشرة لحالة طبية أخرى .

C . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر .

D . لا تحدث الاضطراب حصرا أثناء سير هذيان . المسبب لضائقة سريرية مهمة أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من العمل ، أو يتطلب الاستشفاء لمنع حدوث تضرر كبير ، أو أن هناك ميزات ذهانية .

ملاحظة الترميز : رمز ICD-9-CM لاضطراب ثنائي القطب وما يتصل به بسبب طبي آخر الشرط هو ، الذي تم تعيينه بغض النظر عن كونه محدد . رمز ICD-10-CM يعتمد على محدد وفق ما يلى :

تحديد ما إذا :

(F06.33) مع ميزات الهوس : لم يتم الوفاء بالمعايير الكاملة لنوبة جنون أو Hypomanie .

(F06.33) مع الهوس أو مع حلقة الهوس الخفيف والثاني والثالث : يتم استيفاء المعايير الكاملة باستثناء المعيار D لنوبة جنون / باستثناء المعيار F لحلقة Hypomanie .

(F06.34) مع ميزات مختلطة : أعراض الاكتئاب موجودة أيضاً ولكن لا تسود في الصورة السريرية .

ملاحظة الترميز : ويشمل اسم حالة طبية أخرى تحت مسمى الاضطراب العقلي (على سبيل المثال : [F06.33] الاضطراب الثنائي القطب بسبب فرط نشاط الغدة الدرقية ، مع ميزات الهوس) . كما ينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى ، وسرد كل على حدة فورا ، وقبل الاضطراب الثنائي القطب وما يتصل به بسبب حالة طبية (على سبيل المثال : [F06.33] الاضطراب الثنائي القطب بسبب فرط نشاط الغدة الدرقية ، مع ميزات الهوس .

الخصائص التشخيصية :

السمات الأساس للاضطراب ثنائي القطب ، وما يتصل به بسبب حالة طبية أخرى يتواجد خلال فترة بارزة ومستمرة ، ومرتفعة بشكل غير طبيعي ، وتوسعي ، مع تعكر المزاج ، وزيادة النشاط أو الطاقة بشكل غير طبيعي ، وتغلب عليه الصورة السريرية ، والتي تعزى إلى حالة طبية أخرى (معيار B) .

وفي معظم حالات الهوس قد تظهر الصورة النوبة Hypomanie من خلال العرض الأولي للحالة الطبية (أي في غضون شهر واحد) ، ومع ذلك ، فهناك استثناءات ، وخاصة في الحالات المرضية المزمنة التي قد تتفاقم أو تنتكس وتبشر بظهور الهوس أو النوبة .

ولا يتم تشخيص اضطراب ثنائي القطب وذات الصلة / عند وجود أو بسبب حالة طبية أخرى ، وذلك عندما تسبقها نوبات الهوس ، وعندها يتم التشخيص السليم للاضطراب الثنائي القطب (إلا في ظروف غير عادية ، والذى قد تحدث فيه جميع

الأعراض السابقة من حلقات الهوس أو عندما تقع حلقة واحدة من قبل ، والتي سبقت حدوث الهوس أو Hypomanie ، أو ترتبط بحالة مرتبطة بابتلاع مادة الدواء) .

أما تشخيص الاضطراب الثنائي القطب وما يتصل به بسبب آخر ، والذى لا ينبغي أن يكون بسبب حالة طبية خلال حلقة هذيان (D) .

أما نوبة الجنون المصاحبة للاضطراب الثنائي القطب ، وما يتصل به بسبب حالة طبية أخرى ، فيجب أن يسبب ضيق سريرى هام ، أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو فى المجالات الهامة الأخرى المؤهلة لهذا التشخيص (E) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

المسببات (أي وجود علاقة سببية نتيجة حالة طبية أخرى استنادا إلى أفضل الأدلة السريرية) وهو متغير رئيس في هذا النموذج المحدد من الاضطراب الثنائي القطب . والقائم على الحالات المرضية الطبية التي قد تكون قادرة على حدوث حالة الهوس ، أما جوهر هذا التشخيص فيتم نتيجة حكم الطبيب ، وذلك من بين الأعراض المعروفة للإحالات الطبية التي يمكن أن تسبب حالة الهوس الاكتئابي أو Hypomanie والتى التصلب من أهمها السكتة الدماغية ، إصابات المخ الناجمة عن صدمات الرأس .

دورة تطور وتنمية المرض :

اضطراب ثنائي القطب وما يتصل به بسبب حالة طبية أخرى / عادة ما يبدأ بشكل حاد أو subacutely في غضون الأسابيع الأولى أو خلال شهر من ظهور الحالة الطبية المرتبطة بها .

ومع ذلك ، فليس هذا هو الحال دائما ، حيث يمكن أن يحدث تفاقم أو في وقت لاحق من الانتكاس المرتبط بحالة طبية قد تسبق ظهور متلازمة الهوس أو Hypomanie .

لذا يجب أن يصدر الطبيب حكم في هذه الحالات السريرية حول ما إذا كانت تعود إلى حالة طبية مسببة للمرض ، أم على أساس التسلسل الزمني ، وكذلك حول معقولية وجود علاقة سببية ، وأخيرا ، فإن هؤلاء الأفراد قد يحولون من قبل هيئات الإحالة الطبية المختصة .

أما تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية ، والخلافات المتعلقة بالعامل الثقافى ، والتى ترتبط مع حالة طبية (على سبيل المثال : معدلات التصلب المتعدد ، والسكتة

الدماغية والتي تختلف حول العالم على أساس العوامل الغذائية ، والوراثية ، وعوامل بيئية أخرى) .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين الفروق بين الجنسين تتعلق تلك المرتبطة حالة طبية (على سبيل المثال : الذئبة الحمامية [1] وهو أكثر شيوعا في الإناث ؛ كما أن السكتة الدماغية هي إلى حد ما أكثر شيوعا في الذكور في منتصف العمر مقارنة مع الإناث) .

علامات التشخيص :

علامات التشخيص تتعلق بحالة طبية (على سبيل المثال ، مستويات الستيرويد في الدم أو البول للمساعدة في تأكيد تشخيص داء كوشينغ [2] ، والتي يمكن أن تترافق مع أعراض الهوس الاكتئابي ، أوعلامات التشخيص التي تتضح مع الفحوصات المخبرية التي قد تؤكد تشخيص التصلب المتعدد) .

أما العواقب وظيفية من اضطراب القطبين وما يتصل به من اضطراب آخر للحالة المرضية ، والناتجة عن عواقب وظيفية من الأعراض الاضطراب الثنائي القطب ، والذى قد يؤدي إلى تفاقم الإعاقات المرتبطة مع حالة طبية ، وربما يحمل نتائج أسوأ بسبب التدخل مع العلاج الدوائى الطبي .

وبشكل عام ، لم يثبت أن المرض يحدث بالتوازى مع مرض كوشينغ ، أو أنه لن يتكرر إذا تم علاجه من مرض كوشينغ . ومع ذلك ، يقترح أيضاً ، بأنه إذا لم يثبت ،

---

(١) الذئبة الحمراء أو ذئبة حمامية مجموعية (Systemic lupus erythematosus) داء يستهدف النساء غالبا، وكانت بداية ظهوره في العشرينات. وهو من أمراض المناعة الذاتية حيث يتمرد الجهاز المناعي فيقوم باستهداف ومهاجمة خلايا وأنسجة الجسم بدلا من الدفاع عنها.

(٢) مُتلازِمة كوشينغ هو حالة مرضية ليست شائعة تنتج من زيادة مستوى الكورتيزول في الدم وتحدث الأعراض نتيجة تعرض الجسم لمستويات مرتفعة من الكورتيزون . ويكون انتشارها بين النساء خمسة أضعاف ما هو بين الرجال . وعادة تصيب الأعمار ما بين ٢٠-٥٠ عاماً.السبب الأكثر شيوعا لداء كوشينغ ويسمى أحيانا فرط كورتيزول الدم، هو استخدام دواء الكورتيكوستيرويد عن طريق الفم . الحالة يمكن أن تحدث أيضا عندما يقوم الجسم بتصنيع الكورتيزول أكثر من اللازم .

أن متلازمات المزاج ، بما في ذلك الاكتئاب وهوس الحلقة والتي قد تكون عرضية (أي غير دائمة) إلا أنهم يعانون من إصابات الدماغ الثابتة وغيرها من أمراض الجهاز العصبي المركزي .

التشخيص التفاضلي :

أعراض الهذيان ، الجامود ، والقلق الحاد . من المهم أن نفرق بين أعراض الهوس وبين أعراض هذياني منفعل ؛ وبين أعراض مشلول ؛ أو بين المسببات ذات الصلة بالقلق الحاد .

الاكتئاب أو أعراض الهوس الناجم عن الدواء . الفرق المهم فى التشخيص هو ملاحظة الحالة الطبية الأخرى التي يمكن علاجها بالأدوية (على سبيل المثال : منشطات أو ألفا انترفيرون) التي يمكن أن تحدث الاكتئاب أو أعراض الهوس .

وفي هذه الحالات فإن الحكم السريري باستخدام جميع الأدلة التي في متناول اليد هو أفضل وسيلة لمحاولة فصلها على الأرجح ، أما أهم العوامل المسببة لها فتنحصر فى اثنين (الترابط مع حالة طبية / مقابل متلازمة نقص الدواء الناجم عن مادة) . لذا يجب أن يراعى التشخيص التفريقي كل من الظروف الطبية المرتبطة بها ، والتى هى ذات الصلة = إلى حد كبير = ولكن خارج نطاق الدليل الحالي DSM-5.

الاعتلال المشترك :

الظروف المرضية مع اضطراب ثنائي القطب وما يتصل بها بسبب حالة طبية أخرى هي تلك المرتبطة الحالات الطبية ذات الصلة المسببة . يمكن أن يحدث الهذيان قبل أو جنبا إلى جنب مع أعراض الهوس في الأشخاص الذين يعانون داء كوشينغ . أو مع اضطراب ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة (F31.89) وينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة من لاضطراب القطبين والاضطراب ذات الصلة ، والذى يسبب ضيق سريرى هام أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء/ التى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات القطبين والمتعلقة بفئة التشخيص .

ومن جهة أخرى يستخدم تشخيص اضطراب ثنائي القطب المحدد ، واضطراب الفئة ذات الصلة في الحالات التي يكون فيها يختار فيها الطبيب لإيصال سبب محدد

للعرض الذى لا يلبي المعايير الكاملة للاضطراب ثنائي القطب ، والمحدد ذات الصلة . ويتم ذلك من خلال تسجيل "الأخرى المحددة لاضطراب ثنائي القطب واضطراب ذات الصلة " والمتبوعة بسبب محدد (على سبيل المثال : " مدة قصيرة من دورية المزاج") .

أمثلة من العروض التي يمكن المحدد باستخدام " الأخرى المحددة " التعيين وتشمل ما يلي : -

١.حلقات قصيرة المدة (3-2 أيام) ونوبات اكتئاب رئيسة هي : A تاريخ حياتهم لواحد أو أكثر من نوبات الاكتئاب الشديد في الأفراد الذين هم عرضه لأن تجتمع المعايير الكاملة لديهم مع نوبة جنون أو الذين لديهم خبرة لاثنين أو أكثر من نوبات قصيرة المدة من الهوس الخفيف التى تلي معايير الأعراض الكاملة للحلقة ولكن لا تستمر إلا لمدة ٢-٣ أيام .

أما حلقات تلك الأعراض Hypomanie فلا تتداخل في الوقت المناسب مع نوبات الاكتئاب الكبرى ، وبالتالي فإن الاضطراب لا يلبي معايير لحلقة اكتئابية ، مع ميزات مختلطة .

٢. الحلقات **Hypomanie** / من نوبات الاكتئاب الكبرى مع أعراض غير كافية : هناك تاريخ من العمر مع أكثر نوبات الاكتئاب الشديد في الأفراد ، ولكنه لا يستوفى المعايير الكاملة لنوبة جنون أو Hypomanie لكن الذين عانوا من واحد أو أكثر من نوبات الهوس الخفيف لا يستوفوا الأعراض الكاملة للمعايير (أي لا يقل عن ٤ أيام متتالية من ارتفاع المزاج واحد أو اثنين من الأعراض الأخرى من حلقة Hypomanie ، أو من المزاج العصبي مع اثنين أو ثلاثة من الأعراض الأخرى من حلقات الأعراض Hypomanie والتى تبدأ ولكن لا تتداخل في الوقت المناسب مع نوبات الاكتئاب الكبرى ، وبالتالي فإن الاضطراب لا يلبي معايير حلقة الاكتئاب ، مع ميزات مختلطة .

٣. حلقة **Hypomanie** دون حلقة اكتئابي : واحد أو أكثر من حلقات الهوس الخفيف في الفرد الذي لم يجتمع مع المعايير الكاملة لكبرى أعراض نوبة اكتئاب أو نوبة جنون . وإذا كان ذلك يحدث في الفرد مع التشخيص المتبع في اضطراب الاكتئاب

المستمر (اكتئاب) ، وكلاهما من التشخيصات التي يمكن تطبيقها بشكل متزامن خلال الفترات التي تكون فيها المعايير كاملة Hypomanie لنشوء الحلقة .

٤. وقد تستمر النوبة لمدة قصيرة (أقل من ٢٤ شهرا) : أما النوبات المتعددة من Hypomanie الأعراض التي لا تستوفي معايير حلقة ، أو حلقات متعددة من أعراض الاكتئاب ، والتي لا تستوفي معايير لحلقة اكتئابي ، والتي لا تزال قائمة خلال فترة لا تقل عن ٢٤ شهرا (أقل من ١٢ شهرا للأطفال أو المراهقين) وذلك لدى الفرد الذي لم تجتمع معه المعايير الكاملة للاكتئاب ، أو مع أعراض حلقة هوس ، ولا يلبي معايير أي اضطراب ذهانية آخر ، وذلك خلال مسار الاضطراب ، أو مع أعراض الاكتئاب الموجودة فى أكثر الأيام ، كذلك إذا بقى الفرد دون أعراض لأكثر من شهرين في كل مرة ، وأخيراً إذا كانت الأعراض تسبب ضيق سريرى هام أو ضعف .

الاضطراب ثنائي القطب غير المحدد (F31.9) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب القطبين وذات الصلة بمسببات الضيق السريري الهام ، مع ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء/ تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات القطبين والمتعلقة بفئة التشخيص . وغير المحددة بالإضطراب ثنائي القطب ولا باضطراب الفئة ذات الصلة ، وذلك في الحالات التي يختار الطبيب عدم تحديد السبب ، أو إذا لم تستوف المعايير الكاملة لاضطراب القطبين المحدد ، وذات الصلة بالإضطراب ، ويشمل عروضا توجد فيها معلومات كافية لجعل تشخيص أكثر تحديدا .

أما محددات الاضطراب ثنائي القطب ، والاضطرابات ذات الصلة فيتم تحديدها إذا ما تمت مع : -

مع الضائقة المقيدة : إن وجود اثنين على الأقل من الأعراض التالية خلال غالبية أيام من الحلقة الحالية أو أحداث من الهوس الخفيف ، أو الاكتئاب : -

١. الشعور المرتبط بأعلى درجات التوتر .

٢. شعور لا يهدأ على نحو غير عادي .

٣. صعوبة في التركيز بسبب القلق .
٤. الخوف من أن شيئا مروعا قد يحدث .
٥. الشعور بأن الفرد قد يفقد السيطرة على (نفسه / أو نفسها) .
تحديد شدة الحالة :
عبر ثلاثة من الأعراض الآتية : -

- معتدل : أربعة أو خمسة أعراض .
- شديد : أربعة أو خمسة أعراض مع الإثارة الحركية .

ملاحظة : لوحظ الضيق كسمة بارزة فى كلا من اضطراب القطبين ، ونوبة الاكتئاب الكبرى في كل من الرعاية الصحية الأولية وإعدادات التخصص فى الصحة النفسية .

وقد ترتبط مستويات عالية من القلق مع ارتفاع خطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، مع أطول مدة للمرض ، وزيادة احتمال عدم الاستجابة للعلاج . ونتيجة لذلك ، فمن مفيد سريريا تحديد بدقة مدى وجود شدة مستويات القلق ، والاستغاثة ، وذلك لتخطيط العلاج ورصد الاستجابة للعلاج .

مع ميزات مختلطة : يمكن للملامح المختلطة المحددة أن تنطبق على تيار الهوس ، Hypomanie ، أو اكتئاب القطبين الأول ، أو الاضطراب ثنائي القطب : -

A. يجب أن تستوفى المعايير الكاملة لنوبة جنون أو الحلقة على الأقل لثلاثة من الأعراض التالية الموجودة خلال معظم أيام الحلقة الحالية / أو مع أحدث من نوبة من الهوس أو الهوس الخفيف : -

١. انزعاج بارز أو مزاج مكتئب على النحو المشار إليه من قبل أي التقرير الذاتى (على سبيل المثال : يشعر بالحزن أو فارغ) أو الملاحظة التي أبداها الآخرين (على سبيل المثال : يظهر دامعاً وحزيناً) .
٢. تقلص الاهتمام أو المتعة في كل شيء ، أو تقريبا فى كل الأنشطة (كما يتبين إما من الشخص نفسه / أو من الملاحظة التي أبداها الآخرين) .
٣. التخلف النفسي كل يوم تقريبا (وتلاحظ من قبل الآخرين ، وليس عبر مجرد المشاعر الذاتية من المتباطئة) .

٤. التعب أو فقدان الطاقة .
٥. الشعور بالذنب ، والتفاهه المفرطة ، أو غير المناسبة (وليس مجرد اللوم الذاتي أو الشعور بالذنب حول ظروف حالته) .
٦. الأفكار المتكررة من الموت (وليس فقط الخوف من الموت) ، التفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) المتكررة من دون خطة محددة ، أو محاولة انتحار أو خطة محددة لارتكاب (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

B . أعراض مختلطة يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين ، وتمثل تغييرا من سلوك الشخص المعتاد .

C . بالنسبة للأفراد الذين يستوفون معايير حلقة كاملة لكلا من الهوس وأعراض الاكتئاب في وقت واحد ، يجب أن يكون التشخيص (نوبة جنون مع خصائص مختلطة) ، ويرجع ذلك إلى ضعف شديد وملحوظ وشديد للهوس السريري الكامل .

D . ولا تعزى الأعراض مختلطة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (على سبيل المثال : سؤ استخدام دواء معين ، أو مع علاجات أخرى) .

اكتئاب ، وميزات مختلطة :

تلتقي المعايير الكاملة (A) لنوبة اكتئاب كبرى ، وثلاثة على الأقل من العناصر التالية من الهوس/ أو الهوس الخفيف للأعراض الموجودة خلال معظم أيام الحلقة الحالية الأحدث من الاكتئاب : -

١. حالة مزاجية مرتفعة واسعة .
٢. تضخم في تقدير الذات أو العظمة .
٣. أكثر حيمية من المعتاد أو الضغط على مواصلة المحادثات .
٤. هروب الأفكار مع تجربة ذاتية للأفكار المتسارعة .
٥. زيادة في الطاقة أو النشاط الموجه نحو الهدف (سواء اجتماعيا أو في العمل أو المدرسة ، أو عن طريق الاتصال الجنسي) .

٦. زيادة مفرطة فى المشاركة في الأنشطة التي لها قدرة عالية لعواقب مؤلمة (على سبيل المثال : الانخراط في المرح ، وشراء أشياء منفلتة ، أو حماقة الاستثمارات التجارية) .

٧. انخفاض الحاجة الى النوم (على الرغم من شعور بعدم الراحة للنوم الأقل من المعتاد؛ إلى أن يتناقض مع الأرق) .

B . أعراض مختلطة يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين ، وتمثل تغييراً فى سلوك الشخص المعتاد .

C . بالنسبة للأفراد الذين يستوفون معايير حلقة الهوس الكاملة ، وأعراض الاكتئاب في وقت واحد ، يجب أن يكون التشخيص على أنه نوبة جنون ، مع خصائص مختلطة .

D . لا تعزى الأعراض المختلطة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (على سبيل المثال : تأثير دواء أو علاج آخر) .

ملاحظة : تم العثور على الخصائص المشتركة المرتبطة مع حلقة اكتئابية قد تكون عامل خطر كبير لتطوير الاكتئاب ثنائي القطب / أو اضطراب ثنائي القطب الثاني . ونتيجة لذلك ، فإنه من المفيد أن 'يلاحظ سريريا عن حقيقة وجود هذا التشخيص المحدد اللازم لتخطيط ورصد الاستجابة لتلقي للعلاج .

الحركات السريعة (يمكن تطبيقها على اضطراب ثنائي القطب الثاني) : وذلك جود في الأقل أربع حلقات المزاج في العام على مدار (ال ١٢ شهرا السابقة) التي تلبي معايير الهوس ، Hypomanie ، أو نوبة اكتئاب كبرى .

ملاحظة : يتم ترسيم هجوم الحلقات إما جزئية أو كاملة بما لا يقل عن شهرين ثم يتم التحول إلى حلقة قطبية معاكسة (على سبيل المثال : حلقة اكتئابي مع نوبة جنون) .

ملاحظة : الميزة الأساس لهذا لتسارع السريع لاضطراب ثنائي القطب ، هو وقوع ما لا يقل عن أربعة حلقات مزاجية خلال ال ١٢ شهرا السابقة . وهذه الحلقات يمكن تحدث في أي تركيبة نظام . ويجب أن تلبي تلك الحلقات تلبية كامل مدة ، وعدد معايير أعراض الهوس الاكتئابي ، أو حلقة الهوس ، كما يجب ترسيمها من قبل أي فترة من مغفرة (تعافي) كاملة أو التحول إلى حلقة من قطبية معاكسة .

ويتم حساب نوبات الهوس كونها في نفس القطب ، باستثناء حقيقة أنها تحدث بشكل متكرر وأكثر مع الحلقات التي تحدث في نمط التسارع ، والذى لا يختلف عما يحدث في غير هذا النمط المحدد . أما حلقة المزاج الذي تحدد النمط السريع لهذا التسارع مع استبعاد تلك الحلقات التى تعود لنتيجة مباشرة مع تعاطى مادة (مثل الكوكايين) أو نتيجة لحالة طبية أخرى .

مع مميزات السوداوي :

A . وذلك فى واحدة من التالي الموجودة خلال الفترة الأشد من الحلقة الحالية : -

١. فقدان المتعة في كل شيء ، أو تقريبا فى كل الأنشطة .
٢. عدم وجود تفاعل للمؤثرات التى عادة ما كانت ممتعة (لا يشعر بتحسن أفضل ، ولو مؤقتا ، عندما يكون هناك شيء جيد يحدث) .

B . ثلاثة (أو أكثر) من التالي : -

١. A نوعية متقدمة من المزاج المكتئب التي تتميز باليأس العميق ، اليأس ، والكآبة أو عن طريق ما يسمى المزاج الفارغ .
٢. الاكتئاب الذي الأسوأ يأتى بانتظام في الصباح .
٣. الصحيان في الصباح الباكر (أي قبل ساعتين على الأقل / من الصحيان المعتاد) .
٤. تميز الانفعالات الحركية بالتخلف .
٥. فقدان الشهية أو فقدان وزن كبير .
٦. الشعور المفرط بالذنب / وغير المناسب للموقف .

ملاحظة : "مع ميزات سوداوي محدد " والذى يطبق في حالة وجود هذه الخصائص في مرحلة أشد من الحلقة ، وهناك غياب شبه كامل للقدرة على السرور ، وليس مجرد انتقاصة . أما المبدأ التوجيهي لتقييم عدم وجود تفاعل من المزاج هو أن تلك الأعراض المطلوبة لا ترتبط مع الإشراق الملحوظ في المزاج . إما المزاج فهو يتضح جزئيا فقط (على سبيل المثال : تصل النسبة إلى ٢٠ -٤٠ ٪ وبصورة طبيعية لدقائق فقط في كل مرة) . أما الحالة " المتميزة النوعية " للمزاج فهو سمة من " ميزات السوداوي " المحدد .

الاكتئاب :

A يوصف المزاج المكتئب بأنه مجرد أكثر شدة ، ولا يعتبر أطول أمدا ، أو حاضراً دون سبب واضح في الجودة . أما حركية التغييرات فهى موجودة تقريبا بصفة دائمة ، ويمكن ملاحظتها من قبل الآخرين .

مع ميزات حزينة تميل للتكرار عبر الحلقات مع نفس الفرد ، والأكثر شيوعا في المرضى المنومين ، بدلا من العيادات الخارجية ؛ وهم أقل عرضة للتحدث باعتدال بالمقارنة بما كانوا عليه في نوبات الاكتئاب الكبرى الأشد .

مع ميزات محددة : ويمكن تطبيقها عندما تسود هذه الخصائص خلال معظم أيام من نوبة اكتئاب كبرى حالية أو أحدث : -

A . تفاعل المزاج (أي يضيء المزاج ردا على الإيجابية الفعلية أو المحتملة للأحداث) .

B . اثنين (أو أكثر) من الخصائص التالية : -

١. زيادة الوزن كبيرة أو زيادة في الشهية .
٢. فرط النوم .
٣. الشلل الرصاصة (أي الثقيل ، والمشاعر / ورصاص في الذراعين أو الساقين) .
٤. ثمة نمط طويل الأمد من حساسية رفض التعامل مع الآخرين (ولا تقتصر على الحلقات اضطراب المزاج) مع انخفاض القيمة الشخصية في المهام الاجتماعية أو المهنية .

لم يتم الوفاء C . بالمعايير "مع الميزات الحزينة " أو " مع جامود " خلال نفس الحلقة .

ملاحظة : " الاكتئاب الشاذ " وله أهمية تاريخية (أي شاذ لأنه يتناقض مع العروض الكلاسيكية الأكثر مصاحبة للهياج "الذاتي " أما القاعدة عند تشخيص الاكتئاب فنادرا ما يتم في العيادات الخارجية (وتقريبا أبدا) وخاصة لدى المراهقين أو البالغين الأصغر سنا .

أما المزاج المتفاعل . فيشير إلى القدرة على أن يهلل مع الأحداث التى يراها إيجابية (على سبيل المثال : زيارة الأطفال لمنزل العائلة ، وغيرها) . وقد تصبح الحالة

المزاجية (سعيدة) حتى لفترات طويلة من الزمن إذا كانت الظروف الخارجية لا تزال مواتية . وقد يتجلى ذلك فى زيادة الشهية زيادة واضحة في تناول الطعام أو زيادة الوزن .

ويمكن أن تشمل فرط النوم إما لفترة طويلة من الليل أو القيلولة فى النهار ، ويبلغ معدل النوم على الأقل ١٠ ساعات من النوم يوميا (مع حوالى ساعة / أو ساعتين أو على الأقل من الاكتئاب) .

أما تعريف الشلل الرصاصي . فهو كما الشعور الرصاصي الثقيل ، والذى عادة ما يكون في الذراعين أو الساقين . وهذا الإحساس موجود عموما لساعة على الأقل يوميا ولكنه قد يستمر لعدة ساعات في كثير من الأحيان .

وخلافا للخصائص غير النمطية ، والحساسية المرضية / فينظر إلى الشخصية الرافضة ، كسمة تحتوي على بداية مبكرة والتى قد تستمر لسنوات طوال من حياة الكبار . أما حساسية الرفض فتحدث على حد سواء عندما تتفاقم حالة الشخص خلال فترات الاكتئاب .

مع ميزات ذهانية : الأوهام أو الهلوسة موجودة في أي وقت من الحلقة ، كما تحدد الملامح الذهانية الموجودة ، ما إذا كان المزاج متطابق أو غير منسجم مع المزاج :

مع ميزات المزاج الذهانية المنسجمة مع الحالة : والذى يحدث أثناء نوبات الهوس ، ويتسق محتوى جميع تلك الأوهام والهلوسة مع حالة الهوس النموذجية ، والذى يمكن أن يشمل موضوعات تضخم الذات ، والارتياب أو جنون العظمة ، وخاصة فيما يتعلق بشكوك الآخرين حول قدرات الفرد وإنجازاته .

مع ميزات المزاج الذهانية متعارضة : والتى تشمل محتويات الأوهام والهلوسة التى لا تتسق مع الموضوعات قطبية الحلقة كما هو موضح أعلاه ، أو مع محتوى يشكل خليطاً من المزاج المتعارض والمزاج المنسجم مع المواقف والأحداث .

مع جامود : وهذا يمكن تطبيقه بصورة محددة لحلقة من الهوس أو الاكتئاب الجامودى (المشلول) وهذه الخصائص تتواجد خلال معظم الحلقة . وينظر إلى معايير الجامود المرتبطة مع اضطراب عقلي آخر في فصل " الفصام " من هذا الدليل .

اضطرابات ذهانية :

مع بداية الفترة المحيطة بالولادة : والذى يمكن تطبيقه على الحالة إذا كان ينطبق مع المعايير الكاملة التى لم تتحقق حاليا لحلقة المزاج ، أو مع معظم آخر حلقة من الهوس ، أو الهوس الخفيف ، أو نوبة الاكتئاب الكبرى ، أو مع اضطراب القطبين والأول ثنائي القطب ، وقد تحدث أعراض اضطراب المزاج أثناء الحمل ، أو في الأسابيع الأربعة التالية للحمل .

ملاحظة : يمكن أن يكون بداية حلقة المزاج إما أثناء الحمل أو بعد الولادة . وعلى الرغم من أن تلك التقديرات قد تختلف وفقا لفترة المتابعة بعد الولادة ، والتى تحدث بين ٣ ٪ و٦ ٪ من النساء الذين يعانين من ظهور حلقة اكتئابي خلال فترة الحمل أو في الأسابيع أو الأشهر التالية للولادة .

كما أن خمسين في المئة منهن قد يحدث لهم نوبات اكتئاب " فيما بعد الولادة " ، ويشار إلى هذه الحلقات مجتمعة تعرف باسم حلقة الفترة المحيطة بالولادة . وغالباً ما يعانى النساء بعد الولادة من نوبات الاكتئاب الكبرى ، والتى غالبا ما ترتبط بالقلق الشديد وحتى الوصول إلى هجمات الهلع . وقد أثبتت الدراسات المستقبلية بأن المزاج ، وأعراض القلق قد تتضح أثناء فترة الحمل ، وكذلك مع " الكآبة النفسية " ، والتى قد تزيد من خطر حدوث نوبة اكتئاب كبرى ما بعد الولادة .

ويمكن لتلك الحلقات المحيطة بفترة الولادة من إظهار اضطراب المزاج (مع أو / أو بدون ذهانية) وغالبا ما يرتبط ما بعد الولادة مع ميزات نوبات ذهانية ، والتي تتميز بالهلوسة تجاه الرضع أو الأوهام أو الهلوسة محددة .

اضطراب المزاج / ما بعد الولادة (الاكتئاب أو نوبة الهوس الكبرى) مع أعراض حلقات ذهانية ، والتي يبدو أنه يكون أكثر شيوعا في الإناث (الأبكار) . أما خطر حلقات ما بعد الولادة مع أعراض ذهانية فهو أكثر احتمالاً خاصة بالنسبة للنساء / ما بعد الولادة ، مع اضطراب حلقات المزاج والذى ترتفع نسبته مع أولئك الذين لديهم تاريخ مسبق من اضطراب الاكتئاب أو اضطراب ثنائي القطب (وخاصة اضطراب ثنائي القطب I) من الذين لديهم تاريخ عائلي لاضطرابات القطبين .

وقد تشكل النسبة ما بين ٣٠ ٪ و٥٠ ٪ . بعد الولادة ، كما يجب التفريق بين حلقة من الهذيان التي تحدث في فترة ما بعد الولادة ، والتي تتميز بمستوى تذبذب الوعي أو الاهتمام / وبين فترة ما بعد الولادة الفريدة من نوعها فيما يتعلق بدرجة من التعديلات الهرمونية العصبية والتعديلات النفسية والإجتماعية ، والأثر المحتمل للرضاعة الطبيعية على تخطيط العلاج ، وعلى الآثار المترتبة - على المدى الطويل - من تاريخ من اضطراب المزاج بعد الولادة اللاحق على الأسرة .

مع النمط الموسمي :

وهذا ينطبق على نمط حياة حلقات المزاج المحدد : مع ميزة أساس للنمط الموسمي العادي من نوع واحد على الأقل من الحلقة (أي ، هوس ، هوس خفيف ، أو اكتئاب) . وذلك مع أنواع أخرى من الحلقات التى قد لا تتبع هذا النمط .

وعلى سبيل المثال : قد يكون لدى الفرد هوس موسمي ، ولكن (له / أو لها) إهوس منخفض لا يحدث بانتظام في وقت محدد من السنة .

A. هناك علاقة زمنية منتظمة بين بداية الهوس ، والهوس الخفيف ، أو نوبات الاكتئاب الكبرى / وبين الوقت المعين من السنة (على سبيل المثال : في الخريف أو الشتاء) فى اضطراب ثنائي القطب I أو اضطراب ثنائي القطب الثاني .

ملاحظة : لا يشمل ذلك الحالات التي يكون هناك تأثير واضح ذات الصلة موسميا بالضغوطات النفسية (على سبيل المثال : يجري ذلك بانتظام لدى العاطلين عن العمل / في كل شتاء) .

B . الهجوع الكامل (أو التغيير من الاكتئاب الشديد للهوس/ أو من هوس خفيف ، أو العكس بالعكس) كما يحدث في وقت مميزمن السنة (على سبيل المثال : يختفي الاكتئاب في الربيع) .

C . في السنوات الأخيرة مع الهوس ، Hypomanie ، قد يعانى الفرد من نوبات الاكتئاب الكبرى ، والتى ثبت بوجود علاقة موسمية زمنية به ، كما هو محدد أعلاه ، ولا تحدث نوبات قطبية غير موسمية خلال تلك الفترة من العمر (سنوات الفرد الأخيرة مع الهوس) .

الهوس الموسمي ، أو المنخفضات (كما هو موضح أعلاه) تفوق إلى حد كبير عدد أي حالات للهوس اللافصلي ، Hypomanias ، أو ما قد يحدث من المخفضات على مدى عمر الفرد ، وفقاً للمعيار (D) .

ملاحظة : وهذا المحدد يمكن تطبيقه على نمط نوبات الاكتئاب الكبرى في الاضطراب الثنائي القطب الأول ، واضطراب ثنائي القطب الثاني ، والاضطراب الاكتئابي المتكرر .

أما الميزة الأساس من بداية نوبات الاكتئاب الكبرى التي تحدث فى وقت معين ، وفى معظم الحالات ، وتبدأ الحلقات في الخريف أو الشتاء / وقد يحدث تحويل أقل شيوعا في فصل الربيع ، قد تكون هناك نوبات اكتئاب متكررة صيفاً .

وهذا النمط من بداية المغفرة من الحلقات فيجب حدوثه على الأقل خلال مدة سنتين ، (مع أي حدوث حلقات أخرى خلال هذه الفترة) وبالإضافة إلى ذلك ، يجب أن تكون نوبات الاكتئاب الموسمية تفوق عدد أي نوبات اكتئاب فصلية كبيرة على مدى عمر الفرد .

ولا ينطبق هذا التشخيص المحدد لتلك الحالات التي يكون فيها نمط أفضل وأوضح من الضغوطات النفسية والاجتماعية المرتبطة موسميا (على سبيل المثال : البطالة الموسمية أو الجدول المدرسي) .

أما نوبات الاكتئاب الكبرى التي تحدث في نمط موسمي ، فغالبا ما تتميز بالطاقة البارزة ، وفرط النوم ، والإفراط في تناول الطعام ، وزيادة الوزن ، والرغبة في تناول الكربوهيدرات . ومن غير الواضح ما إذا كان النمط الموسمي هو أكثر احتمالا في تكرار الاضطراب الاكتئابي، أو في اضطرابات القطبين .

ومع ذلك ، فإن مجموعة اضطرابات القطبين ، والذى يشكل نمطاً موسمياً - يبدو أنه الأرجح - أنها تؤثر فى نوعية الاضطراب ثنائي القطب الثاني ، مع بعض ما يحدثه لدى الأفراد ، بداية من حلقات الهوس Hypomanie والتى يمكن أيضاً أن تكون مرتبطة بموسم معين .

معدل الانتشار **Prevalende** والتى ترتبط بنوع النمط موسمي فى الشتاء إلا أنها تختلف مع خط العمر ، والجنس ، أما معدل الانتشار فيتأثر كذلك بالعمر كمؤشر قوي من الموسمية ، لدى الأشخاص الأصغر سنا الأكثر عرضة لنوبات الاكتئاب فى الشتاء .

تحديد ما إذا :

في مغفرة جزئية : أعراض الهوس السابقة ، Hypomanie أو الاكتئاب الموجود ، ولم يحقق الاستجابة للمعايير الكاملة ، وقد تكون هناك فترة تدوم لأقل من شهرين من دون أي أعراض هامة من الهوس ، Hypomanie ، أو نوبة كبيرة من الاكتئاب بعد انتهاء هذه الحلقة .

في مغفرة كاملة : خلال شهرين سابقة بدون ظهور أي علامات أو أعراض مهمة مسهمة فى الاضطرابات الحالية .

تحديد الشدة الحالية :

تستند شدة الأعراض المعيارية ، على شدة تلك الأعراض ، وعلى درجة الإعاقة الوظيفية .

معتدل قليلا : فى حالة وجود أعراض تتجاوز هذا المطلوب لتلبية معايير التشخيص الموجودة ، مع شدة الأعراض المؤلمة التى يمكن التحكم فيها ، وقد تؤدى تلك الأعراض إلى انخفاض طفيف في الأداء الاجتماعى أو المهني .

معتدل : عدد من الأعراض ، تتميز بشدة الأعراض ، أو الاضطراب الوظيفي ما بين تلك المحددة لتصنيفها بـ " معتدل " و" خطير " .

شديد : ومعه تكون الأعراض أكبر بكثير من تلك المطلوبة لاتخاذ التشخيص (بشدة الأعراض المؤلمة) على محمل الجد ، والتى يمكن السيطرة عليها ، وقد تتداخل الأعراض بشكل ملحوظ مع الأداء الاجتماعى والمهني .

وتشمل اضطراب تقلبات المزاج Disorders mood swings ، اضطرابات الاكتئاب الكبرى (بما في ذلك حلقة اكتئابي) ، واضطرابات الاكتئاب المستمرة (اكتئاب) ، واضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي ، والمادة التي يسببها الدواء لاضطراب الاكتئاب ، اضطراب الاكتئاب الذى يسبب حالة طبية أخرى ، واضطرابات الاكتئاب الأخرى المحددة ، واضطراب الاكتئاب Disorders depression خلافا لما حدث في الدليل الرابع DSM-IV ، من فصل تشخيص : " الاضطرابات الاكتئابية " تم فصل ما سبق إلى " اضطرابات القطبين وما يتصل بها من ميزات مشتركة " وتتجمع الأعراض

فى كل هذه الاضطرابات مع : وجوده فى حالة حزن ، فارغاً ، أو عصبي المزاج ، مع تغيرات جسدية ومعرفية بشكل ملحوظ ، بما يؤثر على قدرة الفرد على العمل .

من أجل معالجة المخاوف بشأن احتمال التشخيص المبالغ فيه Overdiagnosis فى العلاج من الاضطراب ثنائي القطب عند الأطفال ، والذى 'يشخص بصورة جيدة ، مع اضطراب التقلبات المزاجية ، وفي اشارة الى أعراض الأطفال الذين يعانون من التهيج المستمر ، مع النوبات المتكررة من Dyscontrol السلوكية المتطرفة ، والذى يضاف إلى اضطرابات اكتئاب الأطفال حتى ١٢ سنة من العمر . وهو ما يعكس النتيجة التي من مفادها أن الأطفال الذين يعانون من نمط هذه الأعراض التى تتطور عادة إلى الاضطراب أحادي القطب واضطرابات الاكتئاب أو اضطرابات القلق ، بدلا من اضطرابات القطبين ، التى تنضج في مرحلة المراهقة والبلوغ .

الاضطراب الاكتئابي يمثل حالة كلاسيكية من مجموعة من الاضطرابات : ويتميز بحلقات منفصلة لمدة لا تقل عن إسبوعين (رغم أن معظم الحلقات قد تأخذ وقتا أطول بكثير) والتي تنطوي على تغييرات واضحة في التأثير ، والإدراك ، ويعتمد التشخيص على حلقة واحدة ممكنة ، وذلك على الرغم من أن الاضطراب يحمل أعراض متكررة في غالبية الحالات .

الفجيعة : قد تحمل الفجيعة معاناة كبيرة ، لكنها لا تسبب عادة حلقة من الاضطراب الاكتئابى ، وعندما يحدث ذلك ، فإن أعراض الاكتئاب والاضطراب الوظيفي تميل إلى أن تكون أكثر شدة ، ويصبح التكهن أسوأ مقارنة تتم مع الفجيعة التي لا يرافقها اضطرابات الاكتئاب الكبرى . أما الفجيعة ذات الصلة ، فيميل حدوث الاكتئاب فيها لدى الأشخاص الذين يعانون من نقاط ضعف أخرى مع الاضطرابات الاكتئابية .

كما قد يسهل العلاج بمضادة الاكتئاب من حدوث الانتعاش ، وهناك شكل آخر من الاكتئاب المزمن ، وهو اضطراب الاكتئاب الثابت (اكتئاب) ، والذى يمكن أن يتم تشخيصه فى حالة استمرار اضطراب المزاج والذى لا يقل عن سنتين في البالغين ، وسنة واحدة فى الأطفال . وهذا التشخيص جديداً في DSM-5 ، والذى يشمل كلا من الفئات التشخيصية فى الدليل الرابع DSM-IV للاكتئاب الشديد ، والاكتئاب المزمن .

وبعد مراجعة علمية متأنية للأدلة ، لاضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي والذى تم نقله من ملحق من DSM -IV ("معايير مجموعات محاور ، مقدمة للمزيد من الدراسة") من القسم الثاني من DSM-5. وذلك عقب ما يقرب من ٢٠ عاما من البحوث الإضافية على هذا الشرط ، والتى أكدت النموذج المحدد والعلاج ، كاستجابة ناتجة عن اضطراب الاكتئاب ، والذي يبدأ في وقت ما بعد التبويض وبداية المهام في غضون بضعة أيام من الحيض والملحوظ تأثيرها على سير الاكتئاب .

وهناك عدد كبير من مواد التعاطي ، وبعض الأدوية الموصوفة ، مع عدة ظروف طبية يمكن أن تترافق مع ظواهر مثل الاكتئاب ، ومن المسلم به ثبوت هذه الحقيقة في التشخيصات الموضوعية التي يسببها دواء اضطراب الاكتئاب .

اضطراب بسبب حالة طبية أخرى :

معايير تشخيص تقلبات اضطراب المزاج (F34.8) تتجلى A . ما بين تفجر غضب لفظي شديد ومتكرر (على سبيل المثال : يحتدم النقاش) أو سلوكيا (على سبيل المثال : العدوان الجسدي تجاه الأشخاص أو الممتلكات) التي هي إلى حد بعيدة من نسبة الكثافة أو مدة حالة أو الاستفزاز .

B . نوبات الغضب لا تتفق مع المستوى التنموي .

C . تحدث نوبات الغضب ، في المتوسط ، ثلاثة مرات أو أكثر في الأسبوع .

D . تحدث نوبات المزاج مع الغضب والانفعال بإصرار أكثر من يوم ، أو كل يوم تقريبا ، ويمكن ملاحظتها من قبل الآخرين (على سبيل المثال : الآباء ، والمعلمين ، والأقران) .

E . المعايير الحاضرة تستمر لمدة شهر واحد أو أكثر ، وطوال ذلك الوقت فقد تدوم مع الفرد لمدة ثلاثة أشهر أو أكثر بصورة متتالية دون أن تستوفى كل الأعراض في المعايير A -D .

F . معايير A وD موجودة في اثنين على الأقل من ثلاثة إعدادات (أي في البيت ، في المدرسة ، مع الأقران) وقد تكون شديدة في واحدة منهم على الأقل .

G . لا ينبغي أن يتم التشخيص للمرة الأولى قبل سن ٦ سنوات أو بعد سن ١٨سنة .

H . العمر عند بداية معايير AE هو قبل عشرة أعوام ، أو لم يكن هناك فترة متميزةاستمرت أكثر من يوم واحد تم خلالها استيفاء كامل أعراض المعايير ، باستثناء مدة نوبة جنون التي قد استوفيت .

ملاحظة : ارتفاع المزاج المناسبة تنمويا ، مثلما يحدث في سياق الحدث الإيجابي للغاية أو تحسبا له ، وينبغي ألا تعتبر عرضا من أعراض الهوس أو الهوس الخفيف .

J . لا تنحصر تلك السلوكيات أثناء حلقة الاضطراب الاكتئابي ، ولا يتضح تفسيرها بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب طيف التوحد ، اضطراب ما بعد الصدمة) كما ينبغى فصل اضطرابات القلق ، عن اضطراب الاكتئاب المستمر .

ملاحظة : هذا التشخيص لا يمكن أن يتعايش مع خلل التحدي الاعتراضي ، والاضطراب الانفعالي المتقطع ، أو الاضطراب الثنائي القطب ، وذلك على الرغم من أنه يمكن أن يتعايش مع الآخرين ، بما في ذلك كبرى حالات اضطراب الاكتئاب ، واضطراب نقص الانتباه ، واضطراب السلوك ، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة ، وذلك لدى الأفراد الذين يستوفون معايير تلك الأعراض ، ويجب فقط أن يعطى تشخيص : اضطراب التقلبات المزاجية ، أو بخلل التحدي الاعتراضي .

تشخيص اضطراب التقلبات المزاجية : إذا كان الفرد قد شهد فى أي وقت مضى نوبة جنون أو Hypomanie ، فيمكن تشخيصه باضطراب التقلبات المزاجية ، كما لا تعزى تلك التغيرات إلى التأثيرات الفسيولوجية للمادة التى تم تناولها ، أو لآخر حالة طبية / أو عصبية .

الخصائص التشخيصية :

الميزة الأساس من اضطراب التقلبات المزاجية المزمنة ، والمستمرة والشديدة : ويتضح هذا التهيج الشديد مع اثنين من المظاهر السريرية البارزة من نوبات الغضب المتكررة .

وتحدث هذه الانفجارات عادة ردا على الإحباط ، والتى يمكن أن تكون لفظية أو سلوكية (وهذا الأخير يعد شكل من أشكال العدوان ضد الممتلكات ، والنفس ، أو غيرها) . والتى يجب أن تحدث بشكل متكرر (أي ، في المتوسط : ثلاثة مرات أو أكثر

في الأسبوع) (المعيار C) أكثر من ١ سنة على الأقل في اثنين على الأقل إعدادات (معايير E وF) ، كما هو الحال في المنزل أو في المدرسة ، وأنها يجب أن تكون غير مناسبة تنمويا (B) .

المظهر الثاني من مظاهر التهيج الشديد يكون مزمناً ، ويشمل تعكر المزاج أو بإصرار على المزاج الغاضب الموجود بين نوبات الغضب الشديد . ويجب أن يكون تعكر المزاج أو الغضب مميزاً لدى الطفل ، ويجري معظم اليوم ، (كل يوم تقريبا) وأن يكون ملحوظاً من قبل الآخرين في بيئة الطفل (المعيارD) .

يجب أن يكون العرض السريري لاضطراب المزاج ، واضطراب التقلبات مرصوداً بعناية أو مميزاً من العروض الأخرى ، والظروف ذات الصلة ، ولا سيما مع اضطراب القطبين لدى الأطفال .

وفي الواقع ، تم إضافة اضطراب التقلبات المزاجية إلى DSM-5 لمعالجة القلق الكبير حول تصنيف العلاج الملائم للأطفال الذين يعانون من اضطراب مزمن ، وثابت وتهيج ، وخصة بالنسبة للأطفال الذين يقدمون عروضاً الكلاسيكية (أي عرضية/ تقليدية) مع الاضطراب الثنائي القطب .

وقد أيد بعض الباحثين ظهور التهيج الشديد - غير العرضي - كسمة من سمات الاضطراب الثنائي القطب في الأطفال ، وذلك على الرغم من أن كلا الأدلة (الرابع ، والخامس)DSM-IV وDSM-5 ترى أن كلا من الأطفال والكبار لديهم نوبات من الهوس المتميزة ، أو مع هوس خفيف ، مما يؤهلهم لتشخيص اضطراب ثنائي القطب الأول .

وخلال العقود الأخيرة من القرن العشرين ، وذلك خلافاً عما توصل إليه بعض الباحثين من رصد حالات تهيج شديدة ، غير عرضية Nonepisodic كمظهر من مظاهر هوس الأطفال، والتي تزامنت مع تصاعد في معدلات تشخيص الأطباء للاضطراب الثنائي القطب / المتخصصين في طب الأطفال المرضى .

ويمكن أن تعزى هذه الزيادة الحادة في المعدلات المتفاوته إلى احتمال جمع الأطباء بين اثنين على الأقل من الفئات السريرية في فئة واحدة . (على حد سواء من العروض الكلاسيكية / والعروض العرضية) من الهوس مع التهيج الشديد والتي تم وصفها مع

الاضطراب الثنائي القطب في الأطفال . في DSM-5 ، والاضطراب الثنائي القطب الكامن ، في تقديم العروض العرضية من علامات اضطراب ثنائي القطب . لم - DSM IV ولا تشمل تشخيص صمم خصيصاً لشرح أعراض السمة المميزة .

التهيج : في DSM-5 ، يدراج مع الاضطرابات التخريبية ، واضطراب التقلبات المزاجية ، إلا أنه يوفر فئة متميزة لتشخيص مثل هذه العروض .

معدل الانتشار Prevalende :

إضطراب التقلبات المزاجية شائعة بين الأطفال ، والذين يتم تقديمهم إلى عيادات الصحة النفسية ، إلا أن تقديرات معدل الانتشار Prevalende والفوضى في المجتمع غير واضحة . وذلك على أساس معدلات التهيج المستمر المزمن والحاد - والتي يصعب رصدها - وهى السمة الأساس من هذا الاضطراب ، وغالباً ما تتضح خلال ستة أشهر إلى سنة واحدة .

أما معدل انتشار اضطراب التقلبات المزاجية في صفوف الأطفال والمراهقين ربما يتراوح بين ٢ -٥ ٪ مع أوسع نطاق . ومع ذلك ، فمن المتوقع أن تكون أعلى في الأطفال الذكور في سن المدرسة / أكثر من معدلات الإناث المراهقين .

دورة النمو :

يجب أن تكون البداية التخريبية لاضطراب التقلبات المزاجية قبل سن (عشر سنوات) ولا ينبغي أن يطبق التشخيص للأطفال (لأقل من ستة سنوات) ومن غير المعروف ما إذا كان هذا الشرط يعرض فقط مع هذا الشكل المتصل بالعمر .

أما أعراض اضطراب المزاج ، واضطراب التقلبات فمن المرجح أن تتغير مع الوقت لدى الأطفال وينبغي أن تظل حاضرة ، كما يستخدم تشخيص الفئات العمرية المشابهة لتلك الأعراض الصحية التي تظهر ما بين أعمار (٧ - ١٨ سنة) .

كما يظهر حوالي نصف الأطفال تهيج شديد مزمن ، وهو ما يشير لديهم إلى العرض التقديمي الذي يستمر لتلبية معايير شرط (قد يتم في وقت لاحق عقب سنة واحدة) . أما معدلات التحويل من الشديدة ، إلى التهيج Nonepisodic مع اضطراب ثنائي القطب ، فهى منخفضة للغاية . وبدلا من ذلك ، فإن الأطفال الذين يعانون من التهيج المزمن معرضون لخطر الاكتئاب أحادي القطب/ وإلى تطوير أو اضطرابات القلق

في مرحلة البلوغ . الاختلافات المرتبطة بالعمر أيضاً التفريق الاضطراب الثنائي القطب الكلاسيكية والمزاج التخريبية .

إضطراب التقلبات :

معدلات الاضطراب الثنائي القطب عادة ما تكون منخفضة جدا قبل المراهقة (<١ ٪) ، مع زيادة مطردة في مرحلة البلوغ المبكر (لنسبة ٪ -٢ ٪ من معدل الانتشار Prevalende) . أما اضطراب تقلبات المزاج التخريبية ، فهي أكثر شيوعاً من الاضطراب الثنائي القطب قبل مرحلة المراهقة ،وتصبح أعراض هذه الحالة -عادة - أقل شيوعا لدى الأطفال الذين يمرون بمرحلة انتقالية إلى مرحلة البلوغ .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : الأطفال الذين يعانون من التهيج المزمن عادة ما يظهرون سلوكيات نفسية معقدة .

تاريخيا : هؤلاء الأطفال ، لهم تاريخ واسع نسبيا من التهيج المزمن المشترك ، والذى يظهر عادة من قبل تلبية المعايير الكاملة المؤهلة لتشخيص متلازمة الخلل الاعتراضى . prediagnostic .

ويعانى العديد من الأطفال من اضطراب المزاج ، واضطراب تقلبات الأعراض التي أيضاً تلبي معايير اضطراب نقص الانتباه (ADHD) واضطرابات القلق ، وغالبا ما تكون هذه التشخيصات موجودة في سن مبكرة نسبيا ، وذلك بالنسبة لبعض الأطفال ، ويمكن أيضاً أن يتحقق معه معايير الاضطراب الاكتئابي .

الجينية والفسيولوجية : من حيث التجميع العائلي والوراثى ، فقد يقترح أن يُظهر الأطفال أعراض مزمنة ، مع التهيج غير العرضي ، والذى يمكن أن يكون متبايناً بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب ، وفى المخاطر التى قد تنعكس على أسرهم .

ومع ذلك ، فإن هذه الجماعات لا تختلف في المعدلات العائلية (الوراثية) من اضطرابات القلق ، واضطرابات الاكتئاب أحادي القطب ، أو مع تعاطي المخدرات . كما تتم المقارنة بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب / وبين الأطفال الذين يعانون من الأمراض العقلية ، وذلك مع تلك التقلبات المزاجية التخريبية مع كل

القواسم المشتركة والاختلافات في العجز من معالجة المعلومات . وعلى سبيل المثال : العجز العاطفى ، فضلا عن العجز فى صنع القرار ، واضطراب السيطرة المعرفية ، الموجودة في الأطفال الذين يعانون من الاضطراب الثنائي القطب والمزمن لدى الأطفال ، والتى تسبب تعكر المزاج ، وكذلك في الأطفال - مع بعض الشروط الآخرى - للأمراض النفسية . وهناك أيضاً أدلة على ضعف الاضطراب المحدد ، مثل ما يتم أثناء تقييم مهام الانتباه لمحفزات الإستجابة العاطفية ، التي أثبتت علامات فريدة من اختلال وظيفي في الأطفال الذين يعانون من التهيج المزمن .

أما قضايا التشخيص المتعلقة بنوع جنس الأطفال المقدمة إلى العيادات ، مع تقديم ملامح اضطراب التقلبات المزاجية ، وهم غالباً ما يكونوا من الذكور .

وهذا الاختلاف في معدل الانتشار بين الذكور والإناث يميز بين اضطراب تقلبات المزاج التخريبية ، عنه من الاضطراب الثنائية القطب ، والتي تتضح فيها النسب المتساوية بين الجنسين .

أخطار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

وبشكل عام ، فإن أدلة توثيق سلوك (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، فضلا عن غيرها من النتائج الحادة وتجدر الإشارة إلى العواقب الوظيفية ، مع اضطراب المزاج ، واضطراب التقلبات التى عند تقييم الأطفال الذين يعانون من عواقب التهيج المزمن .

وينظر في اضطراب التقلبات المزاجية المرتبط بالتهيج الشديد / والذى ينعكس فى الاضطراب الملحوظ في العلاقات الأسرية وعلى أقران الطفل ، وكذلك في الأداء المدرسي . كما يظهر هؤلاء تسامح منخفض للغاية مع الإحباط ، وهم - في كثير من الأحيان - غير قادرين على المشاركة في الأنشطة الممتعة ، وعادة ما يؤثر ذلك على حياتهم العائلية ويعطلها بشدة ، نتيجة لهذا التفجر والتهيج ،كما أنهم يجدون صعوبة في بدء أو فى الحفاظ على استمرار تلك الصداقات .

أما مستويات العجز في الأطفال الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب واضطراب التقلبات المزاجية فهى متفاوته بشكل عام . وكلا الشرطين قد يتسبب فى حدوث اضطراب شديد في حياة الفرد المتضررة ، والتى قد تمتد إلى أسرهم .

وينتج عن سلوكيات كل من اضطراب المزاج ، واضطراب التقلبات ، والاضطراب الثنائي القطب لدى الأطفال ، سلوك خطير ، قد يشمل التفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) أو محاولات من العدوان الشديد على الذات ، أو الخضوع للعلاج النفسي .

التشخيص التفاضلي :

عادة ما يكون التشخيص التفاضلي حاضراً لدى الأطفال والمراهقين ، مع تاريخهم العصبي المعقد ، ويجب أن يتم تشخيص اضطراب التقلبات المزاجية ، بالنظر إلى وجود أو عدم وجود شروط أخرى متعددة . وذلك على الرغم من الحاجة إلى النظر في العديد من المتلازمات الأخرى ، مع ملاحظة وجود تمايز بين التقلبات المزاجية التخريبية / وبين اضطراب ثنائي القطب / عنه بين اضطراب خلل التحدي الاعتراضي ، والذى يتطلب كل منهم يتطلب تقييماً دقيقاً للغاية .

اضطرابات القطبين : الميزة المركزية للتفريق بين الاضطرابات التخريبية / واضطراب التقلبات المزاجية / واضطرابات القطبين عند الأطفال ، ينطوي على مدى شيوع الأعراض بصفة الأساس .

وكما هو الوضع في الأطفال ، هو نفس الحال في البالغين ، مع اضطراب ثنائي القطب واضطراب II القطبين ، والذى يتضح مع الحلقات العرضية المنفصلة من اضطراب المزاج ، والذي يمكن أن تكون متباينة (بالمقارنة مع عروض الطفل النموذجي) .

وقد يحدث اضطراب المزاج أثناء نوبة جنون تختلف اختلافا واضحا من مزاج الطفل المعتاد ، بالإضافة إلى ذلك ، ما يتضح خلال نوبة جنون ، من التغير في المزاج الذى يرافقه ظهور أو التفاقم المعرفي المرتبط بها ، بسلوكية ، وجسدية الأعراض (على سبيل المثال : التشتت ، وزيادة النشاط الموجه الهدف) والتي تختلف اختلافا واضحا من الأساس السلوك المعتاد للطفل العادى .

وبالتالي ، ففي حالة وجود نوبة جنون ، ينبغي على الآباء (أن يكون إعتمادا على مستوى نمو الأطفال / المعايير العمرية المقارنة) وأن يكونوا قادرين على تحديد الفترة

الزمنية التي كانت متميزة خلال حالة مزاج الطفل السابقة، مع رصد السلوك المختلف بشكل ملحوظ عن المعتاد .

وفي المقابل ، فإن التهيج الناتج من اضطراب التقلبات المزاجية، يظل ثابتاً وموجوداً على مدى عدة أشهر ، في حين أنه قد يصل الطفل إلى مرحلة الشمع Wax والذى يضعف إلى درجة معينة .

أما التهيج الشديد فهو سمة من سمات الأطفال مع اضطراب التقلبات المزاجية ، وهكذا ، ففي حين توصف اضطرابات القطبين بالظروف العرضية ، فى حين لا توصف اضطراب تقلبات المزاج بذلك .

وفي الواقع ، فإن تشخيص اضطراب تقلبات المزاج ، لا يمكن تشخيصها لطفل لديه فى أي وقت مضى فتره من نوبة جنون (وتعكر المزاج) ولا تشخص كذلك مع من صادفوا فى أي وقت مضى نوبة جنون أو Hypomanie استمرت لأكثر من يوم واحد .

أما الميزة التفريقية المركزية الأخرى بين اضطرابات القطبين / وبين اضطراب التقلبات المزاجية هو وجود ارتفاع المزاج التوسعي والشعور بالعظمة . هذه الأعراض الشائعة تشكل ملامح الهوس ولكن لا تعد من سمات اضطراب التقلبات المزاجية .

خلل التحدي الاعتراضي : عادة لا يحدث خلل التحدي الاعتراضي في الأطفال الذين يعانون من اضطراب التقلبات المزاجية ، وأعراض من التقلبات المزاجية التخريبية ، والتى عادة ما تكون نادرة ونسبية في الأطفال الذين يعانون من المعارضة بخلل التحدي .

أما السمات الرئيسة التي تستدعي تشخيص الأطفال مع اضطراب التقلبات المزاجية ، والذى يجب أيضاً تلبية معايير التحدي الاعتراضي ، والمتمثلة فى وجود نوبات حادة ومتكررة في كثير من الأحيان ، والتى تستمر مع نوبات اضطراب المزاج .

وبالإضافة إلى ذلك ، فإن تشخيص اضطراب التقلبات المزاجية يتطلب شيوع ضعف شديد في واحدة على الأقل من وضع (أي من : المنزل ، المدرسة ، أو بين أقرانه) أو من خلال وضع الطفل والمتفاوت بين الضعف الخفيف ، الى الضعف المعتدل .

لهذا السبب ، فإن معظم الأطفال قد يظهروا تلبية معايير أعراض اضطراب تقلبات المزاج ، وسوف يكون الاضطراب أيضاً عرضا يلبي معايير اضطراب التحدي الاعتراضي ، فإن العكس ليس هو الحال .

ويحدث ذلك في حوالي ١٥ ٪ فقط من الأفراد مع اضطراب خلل التحدي الاعتراضي ، والتي تستوفى معايير اضطراب التقلبات المزاجية .

وينبغي بذل تشخيص اضطراب التقلبات المزاجية ،وحتى بالنسبة للأطفال الذين يستوفوا معايير كل من تلك الاضطرابات .

وأخيرا ، فإن كلا من أعراض المزاج البارزة في اضطراب التقلبات المزاجية ، مع المخاطر العالية لاضطرابات الاكتئاب والقلق ، وفقاً للدراسات التى تبرر الوضع التخريبي لاضطراب التقلبات المزاجية بين اضطرابات الاكتئاب في الدليل التشخيصى الخامس DSM-5.

يتم تضمين اضطراب خلل التحدي الاعتراضى ضمن السلوكيات التخريبية ، السيطرة على الاندفاع ، واضطرابات السلوك ، وهو ما يعكس مكون المزاج الأكثر وضوحا بين الأفراد مع اضطراب التقلبات المزاجية ، بالمقارنة مع الأفراد مع اضطراب خلل التحدي الاعتراضى . ومع ذلك ، فإنه أيضاً تجدر الإشارة إلى أن اضطراب التقلبات المزاجية التخريبية ، يحمل مخاطر عالية للمشاكل السلوكية وكذلك مع المشاكل المزاجية ، مثل اضطراب نقص الانتباه ، والاضطراب الاكتئابي ، واضطرابات القلق ، واضطراب طيف التوحد .

وعلى عكس تشخيص الأطفال مع الاضطراب الثنائي القطب أو اضطراب خلل التحدي الإعتراضى ، وقد يلبي الطفل معايير أعراض المزاج التخريبي ، واضطراب التقلبات أيضاً ، ويمكن الحصول على التشخيص المرضي من اضطراب نقص الانتباه ADHD ، والاضطراب الاكتئابي ، أو اضطرابات القلق . ومع ذلك ، فإن الأطفال الذين يظهرون التهيج فقط في سياق حلقة اكتئابي ، أو مع اضطراب الاكتئاب الثابت (اكتئاب) فينبغي هنا أن يتلقى واحداً من تلك التشخيصات بدلا من اضطراب التقلبات المزاجية .

أما الأطفال الذين يعانون من اضطراب المزاج ، واضطراب التقلبات فقد تكون الأعراض تلبي أيضاً معايير لاضطرابات القلق ، ويمكن الحصول على كل تشخيصات تهيج الأطفال الواضحة إلا (ما عدا) في سياق من تفاقم اضطراب القلق ، والذى ينبغي أن يتلقى تشخيص اضطراب القلق ذات الصلة بدلا من التقلبات المزاجية التخريبية .

بالإضافة إلى ذلك ، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد - في كثير من الأحيان - مع تقديم نوبات الغضب ، على سبيل المثال : عن الشعور بالانزعاج الروتيني ، وفي هذا المثال : سينظر فى نوبات الغضب الثانوي فى علاقته باضطراب طيف التوحد / ولا ينبغي أن يتلقي الطفل تشخيص اضطراب التقلبات المزاجية .

الخلل الانفعالي المتقطع : الأطفال الذين يعانون من أعراض توحي بأنها متقطعة من الاضطراب المتفجر الحالي ، مع حالات من نوبات الغضب الشديد ، وذلك مثل تصرف الكثير من الأطفال مع اضطراب تقلبات المزاج التخريبية . وخلافا لذلك ، لا يتطلب الخلل الانفعالي المتقطع ،بأن يستمر بين النوبات المزاجية . بالإضافة إلى ذلك ، لا يتطلب الخلل الانفعالي المتقطع سوى ثلاثة أشهر ، لظهور تلك الأعراض النشطة ، وذلك على النقيض من شرط ال ١٢ شهرا لسريان اضطراب التقلبات المزاجية التخريبية .

وبالتالي ، لا ينبغي أن يتم تطبيق اثنين من هذه التشخيصات في نفس الطفل ، أما الأطفال الذين يعانون من نوبات التهيج المستمر ، فينبغى أن يشمل تشخيصه اضطراب التقلبات المزاجية .

الاعتلال المشترك :

معدلات الاعتلال المشترك في اضطراب المزاج واضطراب التقلبات المزاجية مرتفعة للغاية : فمن النادر أن تجد الأفراد الذين يلبوا معايير اضطراب التقلبات المزاجية / مع أعراض هذا الاضطراب وحدها .

حيث إن الاعتلال المشترك بين اضطراب المزاج وغيرها من التقلبات تشكل متلازمات DSM محددة تتضح مع كثير من الأمراض النفسية للأطفال الآخرين ، والتى تتداخل بشكل أقوى مع اضطراب خلل التحدي الاعتراضي .

ويعد المعدل العام للاعتلال المشترك عالياً في اضطراب المزاج ، ومع اضطراب التقلبات أيضاً ، وذلك لدى مجموعة من الأمراض المتنوعة التى تظهر بشكل خاص لدى هؤلاء الأطفال الذين يحضرون عادة إلى العيادة مع مجموعة واسعة من السلوك المضطرب ، مثل اضطراب المزاج ، والقلق ، وحتى طيف التوحد .

ومع ذلك ، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب المزاج واضطراب التقلبات لا ينبغي أن تلبي تلك الأعراض معايير الاضطراب الثنائي القطب ، وكما هو الحال في هذا السياق ، إلا أنه ينبغي النظر إليه عند التشخيص . وإذا كان الأطفال لديهم أعراض تلبي معايير خلل التحدي الاعتراضي ، أو الخلل الانفعالي المتقطع والتخريبي ، واضطراب التقلبات المزاجية ، إلا أن تشخيص اضطراب المزاج ، واضطراب التقلبات يجب تعيينه .

الاضطراب الاكتئابي :

معايير التشخيص A (خمسة أو أكثر) من الأعراض التالية أسماؤهم خلال أسبوعين تمثل فترة تغيير من سير الأعراض السابقة : وواحد على الأقل من الأعراض إما (١) المزاج المكتئب أو (٢) فقدان الاهتمام بالمتعة .

ملاحظة : A لا تعزى الأعراض بوضوح إلى حالة طبية أخرى : -

١. المزاج المكتئب أكثر من يوم ، كل يوم تقريبا ، كما هو مبين من قبل التقرير الشخصي (على سبيل المثال : يشعر بالحزن ، فارغ ، ميؤوس منه) أو الملاحظة التي أبداها الآخرين (على سبيل المثال : يظهر باكيا) . (ملاحظة : في الأطفال والمراهقين ، يمكن أن يكون عصبي المزاج .)
٢. تضاؤل بشكل ملحوظ للاهتمام أو المتعة في كل شيء ، أو كل / أو معظم الأنشطة اليومية تقريبا ، وكل يوم تقريبا (كما هو مبين من قبل أي أعراض شخصية أو 'ملاحظة) .
٣. فقدان وزن كبير عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة الوزن (مثل التغير من أكثر من٥ ٪ من وزن الجسم في الشهر) ، أو نقصان أو زيادة في الشهية كل يوم تقريبا . (ملاحظة : في الأطفال ، يجب النظر في فشل تحقيق زيادة الوزن المتوقعة .)
٤. الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريبا .
٥. التحريض النفسي أو التخلف كل يوم تقريبا (ملاحظتها من قبل الآخرين ، وليس مجرد مشاعر ذاتية من الأرق أو إن تباطأت) .
٦. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريبا .

٧. الشعور بالذنب / والتفاهه المفرطة أو غير الملائمة (والتي قد تكون وهمية) كل يوم تقريبا (وليس مجرد اللوم الذاتي أو الشعور بالذنب حول يجري المرضى) .

٨. القدرة على التفكير أو التركيز ، أو التردد ، كل يوم تقريبا (أو التضاؤل الذاتى ، أو كما لوحظ من قبل الآخرين) .

٩. الأفكار المتكررة من الموت (وليس فقط الخوف من الموت) ، دون التفكير في محاولات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) المتكررة .

B . الأعراض التي يسبب لضيق هام سريري أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

C . لا تنسب الحلقة إلى الآثار الفسيولوجية للمادة أو لآخر حالة طبية .

ملاحظة : معايير (AC) تمثل حلقة اكتئابي .

ملاحظة : ترتبط حلقة الاكتئابي كردود على خسارة كبيرة (على سبيل المثال : الفجيعة ، الخراب المالي ، والخسائر من الطبيعي الكوارث ، مرض طبي خطير أو الإعاقة) ويمكن أن تشمل مشاعر الحزن الشديد ، واجترار عن الخسارة ، والأرق ، وفقدان الشهية ، وفقدان الوزن في (المعيار A) ، والتي قد تشبه نوبة اكتئاب . وعلى الرغم من أن مثل هذه الأعراض قد تكون مفهومة أو تعتبر مناسبة لوجود نوبة اكتئاب كبرى ، كما ينبغي النظر بعناية إلى الاستجابة الطبيعية للخسارة الكبيرة (حدث صادم / وفاة عزيز مقرب) . وهذا القرار يتطلب حتما ممارسة الحكم السريري المبني على تاريخ الفرد ، وعلى المعايير الثقافية للتعبير عن ضيق سريرى في سياق الخسارة .

C. و قوع نوبة اكتئاب كبرى لا تفسر بشكل أفضل من خلال وجود اضطراب فصامي عاطفي ، واضطراب الفصام ، والاضطراب الفصامي الشكل ، واضطراب الوهمية ، أو أخرى محددة وغير محددة من الاضطرابات الذهانية الأخرى . كما لا يمكن تفسيره كذلك من خلال نوبة جنون أو حلقة هوس .

ملاحظة : لا ينطبق هذا الاستثناء إذا كان كل من نوبات الهوس مثل الهوس الخفيف أو ما شابه ، وبفعل مادة ُتعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية الطبية الأخرى .

الشرط :

التمييز الحزن من نوبة اكتئاب كبرى (**MDE**) . من المفيد أن نعتبر أن في الحزن هو السائد الذى يؤثر على مشاعر الفراغ والضياع ، بينما في MDE يشير إلى استمرار المزاج المكتئب وعدم القدرة على توقع السعادة أو المتعة . ومن المرجح أن تنخفض شدة الانزعاج في الحزن على مدى أيام إلى أسابيع ويحدث ذلك في شكل موجات ، مع ما يسمى خزات الحزن . وهذه الموجات عادة ما تكون مرتبطة مع الأفكار أو تذكير بالمتوفى . أما المزاج المكتئب من نوبة اكتئاب كبرى MDE فهو أكثر ثباتا وغير مرتبطة بأفكار أو باهتمامات محددة .

أما ألم الحزن فقد يكون مصحوباً بالمشاعر الإيجابية ، وروح الدعابة التي هي غير معهوده من التفشي / مع حالة التعاسة والبؤس كسمة من نوبة اكتئاب كبرى MDE ، كما أن محتوى الفكر المرتبط مع الحزن عموما يتميز بالانشغال والأفكار والذكريات بالمتوفى ، وذلك بدلا من تأملات التشاؤم ، والنقد الذاتي ينظر في MDE . ومع الحزن ، يتم إظهار احترام الذات والحفاظ عليها .

في حين أنه في نوبة اكتئاب كبرى MDE تتضح مشاعر التفاهة وكراهية الذات الشائعة ، وإذا التفكير موجود في الحزن ، فإنه عادة ما ينطوي على أوجه القصور المتصورة وجها لوجه مع المتوفى (على سبيل المثال : عدم زيارته فى كثير من الأحيان بما فيه الكفاية) .

وإذا كان الفرد يفكر فى موت الفقيد ، فإن مثل هذه الأفكار عادة ما تركز على المتوفى وربما إلى "الانضمام" إلى المتوفى ، في حين أنه في مثل هذه الحالات من نوبة اكتئاب كبرى MDE قد تركز الأفكار بشأن إيذاء النفس ، بسبب الشعور بأنها لا قيمة لها ، ولا يستحقون الحياة ، أو غير قادر على التعامل مع الألم من الاكتئاب .

ترميز وتسجيل الاجراءات :

يستند رمز التشخيص للاضطراب الاكتئابي على ما إذا كان يشير إلى أحد الحلقات المتكررة ، وعلى شدة الحالة ، مع وجود ميزات ذهانية ، ووضع مغفرة (تعاق) . ويشار إلى شدة الحالة مع ميزات ذهانية فقط ، وإذا تم استيفاء المعايير الكاملة الحالية لنوبة اكتئاب كبرى . كما يجب ألا يشار إلى محددات المغفرة (تعافى) إلا إذا كانت المعايير الكاملة لم تتحقق لحلقة الإكتئاب . ورموزه هي كما يلي : -

١. شدة واحدة محددة مع حلقة متكررة : -

- خفيف (F32.0) 296.31 (F33.0)
- المعتدل (F32.1) 296.32 (F33.1)
- شديد (F32.2) 296.33 (F33.2)

٢. مع ميزات ذهانية **(F32.3) 296.34 (F33.3)**

- في مغفرة جزئية (F32.4) 296.35 (F33.41)
- في مغفرة كاملة (F32.5) 296.36 (F33.42)
- غير محدد (F32.9) 296.30 (F33.9)

حتى تحدث الحلقة المتكررة ، يجب أن يكون هناك فاصل زمني لا يقل عن شهرين متتاليتين بين حلقات منفصلة من التي لم يتم الوفاء بها لمعايير حلقة الاكتئابي .

أما التعاريف من المحددات التى تم العثور عليها ، والمشار إليها عبر ميزات ذهانية موجودة ، برمز " مع ميزات ذهانية " محددة بغض النظر عن شدة الحلقة .

تسجيل اسم التشخيص ، حيث يجب أن يتم سرده بالترتيب التالي : اضطراب الاكتئاب الرئيسي ، مع حلقة واحدة متكررة ، من الشدة أو الذهانية أو مع محددات المغفرة ، تليها أكبر عدد ممكن من المحددات التالية دون الرموز التي تنطبق على حلقة الاكتئابي .

تحديد التيار:

- مع الضائقة المقيدة .
- مع ميزات مختلطة .
- مع ميزات السوداوي .
- مع ميزات شاذة .
- مع ميزات منسجمة مع المزاج الذهاني .
- مع ميزات غير منسجمة مع المزاج الذهاني .
- مع جامود .

ملاحظة الترميز : استخدام تعليمات برمجية إضافي (F06.1) . مع بداية الفترة المحيطة بالولادة مع النمط الموسمي (الحلقة المتكررة فقط) وفقاً للخصائص التشخيصية .

يجب أن يكون معيار أعراض اضطراب الاكتئاب الكبرى موجود تقريبا في كل يوم / حتى تصنف بالحاضرة ، باستثناء تغير الوزن والتفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

ويجب أن يدوم مزاج المكتئب الحالي لأكثر من يوم ، بالإضافة إلى كونها موجودة تقريبا في كل اليوم . ، وقد تتضح - في كثير من الأحيان - مع الأرق أو التعب أو تقديم الشكوى ، أو الفشل في تحقيق أعراض الاكتئاب المصاحبة ، والتي يمكن أن تؤدي إلى underdiagnosis .

وقد يتم رفض الحزن في البداية ولكن يمكن استخلاصه من خلال المقابلة أو الاستدلال على ذلك من تعبيرات الوجه أو من خلال سلوكيات الأفراد الذين يركزون على شكوى جسدية .

وينبغي للأطباء تحديد ما إذا كان يرتبط باستغاثة من أن شكوى مع أعراض الاكتئاب المحدد ، والتي منها التعب واضطراب النوم الموجود في نسبة كبيرة من الحالات؛ أما حركية الاضطرابات فهي أقل شيوعا بكثير ، ولكنها تدل على زيادة الشدة الشاملة .

أما الميزة الأساس من نوبة اكتئاب كبرى فهي تتراوح فى فترة أسبوعين على الأقل خلال نوبة المزاج المكتئب أو فقدان الاهتمام أو المتعة في جميع الأنشطة تقريبا (A) .

وقد يكون الأطفال والمراهقين ، عصبي المزاج وليسوا حزناء . لذا يجب أيضاً تجربة ما لا يقل عن أربعة أعراض إضافية مستمدة من قائمة تتضمن تغييرات في الشهية أو الوزن ، والنوم ، والنشاط النفسي ، وانخفاض الطاقة ؛ ومشاعر التفاهة أو الذنب؛ مع صعوبة في التفكير ، والتركيز ، أو اتخاذ القرارات ؛ أو الأفكار المتكررة حول الموت أو التفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) . كما يجب أن تكون أحد أعراض حلقة الاكتئاب إما موجودة أو وقعت حديثا بشكل واضح مسيئ بالمقارنة مع الوضع قبل بداية الحلقة .

ويجب أن تستمر الأعراض لأكثر من يوم ، كل يوم تقريبا ، بما لا يقل عن أسبوعين متتاليين . كما يجب يجب أن تكون الحلقة مصحوبة بضائقة مهمة سريريا أو ضعف في الجوانب الاجتماعية والمهنية ، أوفى مجالات أخرى هامة من الأداء .

وغالبا ما يوصف المزاج من خلال نوبة اكتئاب كبرى من قبل الشخص/ إذا كان مكتئب ، حزين ، ميؤوس منه ، وقد يتم رفض الحزن في البداية ولكن لاحقا قد يظهره فى المقابلة (على سبيل المثال : من خلال ما يبدو عليه الفرد كما لو كان (هو / أو هي) على وشك البكاء) .

وفي بعض الأفراد الذين يشكون من الشعور " بعدم " وجود أي مشاعر ، أو الشعور بالقلق ، فإن وجود المزاج المكتئب يمكن الاستدلال عليه من تعبيرات وجه الشخص وسلوكه . وقد يظهر بعض الأفراد الشكاوى الجسدية (على سبيل المثال : وآلام جسدية) بدلا من مشاعر وتقارير الحزن . كما أفاد الكثير من الأفراد بزيادة حالة التهيج (على سبيل المثال : والغضب المستمر ، والميل للاستجابة للأحداث ، مع نوبات الغضب أو إلقاء اللوم على الآخرين ، مع شعور مبالغ فيه من الإحباط في المسائل الطفيفة) . وفي الأطفال والمراهقين ، قد يتعكر المزاج أو ظهور أعراض غرابة فى الأطوار ، وقد يتطور بدلا من المزاج المكتئب أو الحزين . وينبغي التمييز بين هذه العروض لوجود نمط من التهيج المقترن بالاحباط .

كما يعد فقدان الاهتمام أو المتعة هو الغالب - تقريبا دائما - أو على الأقل إلى حد ما . وقد يقرر الأفراد الشعور باهتمام أقل في ممارسة الهوايات " لا يهتم / فيما بعد " أو لا يشعرون بأي تمتع في الأنشطة التي كانت تعتبر في السابق ممتعة (A2) .

وعلى نطاق العائلة / كثيراً ما يلاحظ حدوث الانسحاب الاجتماعى ، أو إهمال الهوايات الممتعة (على سبيل المثال : كان تواق سابقا للعب الجولف / لم يعد يلعب الآن ، والطفل الذي كان يحظى بكرة القدم يجد الأعذار لعدم ممارستها) . كما قد يحدث لبعض الأفراد ، انخفاضا كبيرا فى المستويات السابقة التى كانوا يرغبونها بشدة .

وقد ينطوي ذلك على تغيير الشهية إما خفض أو زيادة : حيث يقرر بعض الأفراد مع الاكتئاب / تقرير بأن لديهم حالة لإجبار أنفسهم على تناول الطعام . وربما كان يأكل أكثر من الآخرين ، أو كان يتلهف على أطعمة معينة (مثل الحلويات أو الكربوهيدرات الأخرى) . لذا فعندما تحدث تلك التغييرات في الشهية الشديدة (في أي من الاتجاهين) ، فقد تكون هناك خسارة كبيرة أو زيادة في الوزن ، وقد تفشل ملاحظة زيادة الوزن نحو الوزن المتوقع (A3) .

وقد يرتبط بذلك ظهور اضطراب النوم فى شكل صعوبة إما في النوم أو النوم بشكل مفرط (A4) . أما عند وجود الأرق ، فإنه عادة ما يأخذ شكل حلقة متوسطة (أي الاستيقاظ أثناء الليل ومن ثم مواجهة صعوبة في العودة إلى النوم) أو تقلب الأرق (أي الاستيقاظ في وقت مبكر جدا وعدم القدرة على العودة إلى النوم) . أو الأرق الأولي (أي صعوبة في النوم) الذى قد يحدث أيضاً .

أما الأفراد الذين يعانون من إطالة النوم (المفرط) فقد يواجهوا نوبات النوم لفترات طويلة في الليل أو زيادة النوم أثناء النهار . وفي بعض الأحيان ، قد تكون سبباً لسعي الفرد للعلاج من اضطرابات النوم ، وقد تشمل التغييرات الحركية التحريض (على سبيل المثال : وعدم القدرة على الجلوس السريع ، أو سحب أو فرك الجلد ، والملابس ، أو غيرها من الأشياء) أو التخلف (على سبيل المثال : تباطأ الخطاب ، والتفكير ، وحركات الجسم ، وزيادة التوقف قبل الإجابة ؛ وإخفاض في حجم الكلام) ، أو مع مجموعة متنوعة مثل (التباكم/الخرس) .

(A5) . يجب أن يكون التحريض النفسي أو التخلف الشديد بما يكفي لملاحظته من قبل الآخرين وليس مجرد تمثيل مشاعر ذاتية .

انخفاض الطاقة ، والتعب ، والتعب الشائعة فى المعيار(**A6**) : قد يقرر الأشخاص التعب المتواصل دون مجهود بدني ، حتى أصغر المهام والتى يبدو أنها تتطلب جهدا كبيرا ، وربما يتم تخفيض الكفاءة التي ترتبط بإنجاز المهام . على سبيل المثال : وقد يشكوا بعض الأفراد من أن الغسيل وارتداء الملابس في الصباح يتم استنفاد طاقتهم ، وقد يأخذ ضعف الزمن المعتاد .

ويرتبط مع حلقة الاكتئاب الشعور بالذنب والتفاهة ، وقد تشمل التقييمات السلبية غير الواقعية انشغالات الفرد بأنه مذنب / أو مع تأملات بسبب الإخفاق الماضي البسيط (A7) . هؤلاء الأفراد غالبا ما يسيئون تفسير مدلول المحايدة ، أو الأمور التافهة يوما بعد يوم مع الأحداث / والتى يتخذونها كدليل على عيوبهم الشخصية ، ويكون لها إحساس مبالغ فيه بالمسؤولية عن تلك الأحداث غير المرغوب فيها .

ويظل الشعور بالذنب والتفاهة أو ما قد يكون ذات وهمية غير واقعية على الإطلاق (على سبيل المثال : الشخص الذي اقتنعت (أنه / أو أنها) مسؤولة شخصيا عن الفقر في العالم) . إلقاء اللوم على نفسه لكونه مريضاً ولفشله في تلبية المهام المهنية أو المسؤوليات نتيجة لهذا الاكتئاب / ورغم ذلك فإن الوهمية لا تعتبر كافية لتلبية هذا المعيار .

وقد يبدى العديد من الأفراد تقريرا بضعف القدرة على التفكير والتركيز ، حتى ولو كان طفيفاً فى عجز القدرة على اتخاذ القرارات (A8) . وقد يظهر تصرفات بسهولة أو يشكو من صعوبات الذاكرة ، وغالبا ما يكون غير قادر على العمل .

وقد يظهر الأطفال انخفاضاً حاداً في الانتباه بما يعكس ضعف التركيز ، وخاصة في الأفراد المسنين ، وقد يكون صعوبات الذاكرة هي الشكوي الرئيس ، وربما تسفر عن ظهور العلامات المبكرة من الخرف (خرف كاذب) . وعندما تعالج حلقة الإكتئاب بنجاح ، فإن مشاكل الذاكرة - في كثير من الأحيان - تهدأ تماما . ومع ذلك ، فإن بعض الأفراد ، ولا سيما المسنين ، مع حلقة الإكتئاب قد تكون -في بعض الأحيان - هى العرض الأولي من الخرف ، والذى لا رجعة فيه .

تقييم أعراض نوبة اكتئاب كبرى : وهي أمور صعبة للغاية عندما يواجه الفرد حالة طبية عامة (على سبيل المثال : والسرطان ، السكتة الدماغية ، احتشاء عضلة القلب ، والسكري) . كما أن بعض من علامات وأعراض هذا المعيار من نوبة اكتئاب كبرى قد تكون مماثلة لتلك الظروف الطبية العامة (على سبيل المثال : فقدان الوزن مع مرض السكري دون علاج ؛ التعب مع مرض السرطان؛ فرط النوم في مرحلة مبكرة من الحمل؛ insonmia أو في وقت لاحق من فترة الحمل ، أو بعد الولادة) . مثل هذه الأعراض قد تدفع الفرد نحو تشخيص الاكتئاب الشديد ، والذى لا يتم إلا عندما تكون معالمه واضحة وكاملة وتعزى إلى حالة طبية أخرى . أعراض غير متنامية Nonvegetative من الانزعاج ، وانعدام التلذذ ، والشعور بالذنب أو التفاهة ، كما ينبغي تقييم تركيز ضعف أو تردد ، وأفكار (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) مع عناية خاصة بمثل هذه الحالات .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

يرتبط الاضطراب الاكتئابي مع ارتفاع معدل الوفيات ، والتى شكلت الكثير منها لعن اتباع ذلك (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، ولكن ليس هذا هو السبب الوحيد . على سبيل المثال : قد يعترف الأفراد مع الاكتئاب فى دور رعاية المسنين بأن لديهم احتمال زيادة ملحوظة للوفاة في السنة الأولى فى تلك الدور .

كما قد يظهر هؤلاء الأفراد - في كثير من الأحيان - مع البكاء ، والتهيج ، وإطالة التفكير ، واجترار الهوس ، القلق ، والرهاب ، والقلق المفرط على الصحة البدنية ، والشكاوى من الألم (على سبيل المثال : والصداع ؛المشتركة ، وآلام البطن، وغيرها) . وهو ما قد لدى الأطفال ، مع حدوث قلق الانفصال .

وعلى الرغم من وجود دراسات واسعة النطاق للوصف التشريحي العصبي ، والذى يرتبط بالعصبية بالاضطراب الاكتئابي ، وقد أسفرت نتائج الحساسية النوعية – كفاءتها – فى الاستخدام كأداة تشخيصية لهذا الاضطراب .

وحتى وقت قريب ، كان اضطراب الغدة النخامية ، والغدة الكظرية يسهم فى فرط النشاط كمحور شذوذ فى معظم التشخيصات التى تتم على نطاق واسع ضد والمرتبطة نوبات " ريت [١]" والتى يبدو أنها تترافق الاكتئاب مع السوداوية ، الملامح الذهانية ، ومخاطر (إزهاق النفس بالباطل والمحرم شرعاً) .

---

(١) متلازمة ريت .(**Rett Syndrome** مرض وراثي نادر يسبب اضطرابات شاملة في النمو ويؤثر بشدة على دماغ المصاب حيث يفقده القدرة على الاحتفاظ بما اكتسبه وتعلمه من خبرات ومهارات كالسير والنطق ، وكثيراً ما تصاحبها درجة من درجات التخلف العقلي بالإضافة إلي ما تسببه من إعاقات حركية أو إعاقة تواصل ونوبات صرعية . ويتعلق المرض بالتوحد. ويبدو الأطفال الصغار المصابين بمتلازمة ريت في حالة نمو وتطور طبيعيين في بداية الأمر؛ ولكنهم يتوقفون عن النمو في مرحلة بين الشهر الثالث والسنة الثالثة. وهي إعاقة تصيب الإناث فقط .وتبدأ أعراضها في الظهور بعد الأشهر الستة أو الثانية عشر الأولى من عمرها ويعتقد العديد من الباحثين أنها ذات أساس وراثي له علاقة بالكروموزوم .

أما الدراسات الجزيئية بوجود علاقة بين العوامل الأخرى ، بما في ذلك المتغيرات الجينية المرتبطة بالعوامل العصبية . والتى يتم تشخيصها بالتصوير بالرنين المغناطيسي ودعم سُبل تنظيم العاطفة في البالغين الذين يعانون من الاكتئاب الشديد .

معدلات معدل الانتشار Prevalende :

معدل الانتشار : (١٢ شهراً) من الاضطراب الاكتئابي الرئيس في الولايات المتحدة مع ما يقرب من ٧ ٪ ، مع وجود اختلافات تميزت هذه الفئة العمرية ، أما معدل الانتشار Prevalende للأفراد البالغ من العمر ١٨ - ٢٩ عاما ، وهو أعلى ثلاثة أضعاف من معدل الانتشار للأفراد في سن ٦٠ سنة أو أكثر ، وتصل نسب الإناث من (١,٥ إلى ٣ أضعاف) من المعدلات الأعلى من الذكور ، والتى تبدأ في مرحلة المراهقة المبكرة .

دورة النمو :

قد تظهر اضطرابات الإكتئاب الرئيس الأول في أي سن ، ولكن احتمال حدوث زيادة بدايته بشكل ملحوظ مع سن البلوغ . وفي الولايات المتحدة - مثلاً - تبدو تصل الإصابة ذروتها في سن العشرين ؛ ومع ظهوره لأول مرة في المراحل المتأخرة من العمر . فنادراً ما يخوض بعض الأفراد مع تجربة مغفرة (مدة شهرين أو أكثر مع عدم وجود أعراض ، / أو مع واحد فقط أو اثنين من الأعراض) في حين واجه العديد من الأفراد سنوات مع أعراض قليلة أو معدومة بين الحلقات المنفصلة . ومن المهم أن نميز بين الأفراد الذين يتقدمون للعلاج خلال تفاقم مرض الاكتئاب المزمن من أولئك الذين تعرضوا مؤخرا لتلك الأعراض .

أعراض الاكتئاب : 'تزيد إلى حد كبير من احتمال اضطراب الشخصية الأساس ، وتقلل من احتمال تأخر العلاج ، ولذا فمن المفيد أن نسئل الأفراد عن موعد ظهور أعراض الاكتئاب لتحديد الفترة الماضية (مدة شهرين على الأقل) والتى كانت خالية تماما من أعراض الاكتئاب .

يبدأ الانتعاش عادة في غضون (٣ أشهر) من بداية تشخيصه مع خمسة من أعراض الاكتئاب الكبرى الاكتئاب وفى حدود مرة واحدة في السنة لأربعة من الأعراض الخمسة المحددة للاضطراب . أما العديد من الأفراد الذين عانوا من الاكتئاب فقط لعدة أشهر ، فمن المتوقع أن يتعافوا من تلقاء أنفسهم .

فى حين أن الخصائص المرتبطة مع انخفاض معدلات الحالة ، بخلاف مدة الحلقة الحالية ، فتشمل ميزات ذهانية ، والقلق البارز ، وشدة أعراض اضطرابات الشخصية .

ويصبح تكرار معدل الخطر أقل بمرور الوقت مع Progessively وتزداد مدة المغفرة (التعافى) . والخطر الأعلى قد يكون شديداً في الأفراد الأصغر سنا ، وخاصة لدى الأفراد الذين تعرضوا بالفعل إلى حلقات متعددة سابقة ، أما استمرار أعراض الاكتئاب حتى المعتدله منها - وخاصة خلال مغفرة - فقد تكون متكررة وقوية . وتبدأ الكثير من الأمراض ثنائي القطب مع واحد أو أكثر من نوبات الاكتئاب ، كما أن نسبة كبيرة من الأفراد قد يظهرون في البداية اضطراب اكتئاب ثابت رئيس في الوقت المناسب ، أما الاضطراب ثنائي القطب فهو الأرجح في الأشخاص الذين يعانون ظهور المرض في مرحلة المراهقة ، والذى يترافق مع ميزات ذهانية ، وذلك مع تاريخ عائلى (وراثى) مع مرض ثنائي القطب ، والذى يزداد أيضاً مع وجود " ميزات مختلطة " محددة من خطر تشخيص الهوس Hypomanie . أما الاضطراب الاكتئابي ، لا سيما مع ميزات نفسية ، فقد ينتقل أيضاً في الفصام ، وهو التغيير الأكثر تواترا .

وعلى الرغم من الاختلافات بين الجنسين بما يتفق مع معدلات انتشار اضطرابات الاكتئاب ، ويبدو أنه لا توجد فروق واضحة حسب الجنس في تلك الظواهر ، وبطبيعة الحال مع الاستجابة العلاج . وبالمثل ، ليس هناك أي آثار واضحة من ردود الاضطراب الاكتئابي .

وبعض الاختلافات فى تلك الأعراض موجودة ، وذلك على الرغم من شيوع أعراض مثل فرط النوم وفرط الأكل ، وهو الأكثر احتمالا في الأفراد الأصغر سنا ، وأعراض السوداوي ، ولا سيما الاضطرابات الحركية ، وهي الأكثر شيوعا في الأفراد الأكبر سنا .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : تشير العصابية (إلى الوجدان السلبي) كأحد عوامل الخطر الراسخة لتظهر مستويات من بداية الاضطراب الاكتئابي ، وهؤلاء الأفراد أكثر عرضة لتطوير نوبات الاكتئاب ردا على الأحداث المجهدة في الحياة .

البيئية : تجارب الطفولة السلبية ، لا سيما عندما تكون هناك عدة تجارب متنوعة ، والتي تشكل مجموعة من عوامل الخطر القوية للاضطراب الاكتئابي ، ويتم التعرف بشكل جيد على الأحداث المجهدة في الحياة كمسببات لنوبات الاكتئاب الكبرى ، وذلك (مع وجود /أو عدم وجود) أحداث الحياة السلبية ، وذلك عند بداية تلك الحلقات ، والتي لا يبدو أنها توفر دليلا مفيداً حول اختيار طرق العلاج .

الجينية والفسيولوجية : أفراد الأسرة (من الدرجة الأولى) من الذين يعانون من الإضراب الاكتئابي لديهم خطر التعرض للاضطراب الاكتئابي (من اثنين إلى أربعة أضعاف أعلى) من عامة السكان . وتظهر المخاطر النسبية لتكون أعلى في أوائل ظهور النماذج المتكررة . وبذلك يشكل التوريث ما يقرب من ٤٠ ٪ من العصابية كسمة شخصية تترافق مع العوامل الوراثية .

المعدلات : أساس كل الاضطرابات الرئيسة قد تزيد من خطر الفرد لتطوير الاكتئاب ، أما نوبات الاكتئاب الكبرى فقد توضع على خلفية من اضطراب آخر ، والذى غالبا ما تتبع مسار أكثر قوة مثل تعاطي المخدرات ، والقلق ، واضطرابات الشخصية الحدية ، والذى يعد من بين الأكثر شيوعا من هذه الاضطرابات ، ويمثل عرضا رئيس من أعراض الاكتئاب ، والتي قد تخفي وتؤخر تقييمه أو تشخيصه .

ومع ذلك ، فقد يحدث تحسن سريرى مستمر في أعراض الاكتئاب ، والذى يعتمد على علاج الأعراض الكامنة . أما زيادة الحالات الطبية المزمنة فقد تنبئ بزيادة مخاطر نوبات الاكتئاب الكبرى .

أما معدل انتشار هذه الأمراض مثل داء السكري ، والسمنة المرضية ، وغالبا ما تكون معقدة ، مثل أمراض القلب والشرايين والتي تحدث من خلال نوبات الاكتئاب ، ومن المرجح لهذه الحلقات أن تصبح مزمنة بصورة أكبر مما هي عليه فى نوبات الاكتئاب ، وبما يؤثر صحياً طبياً على هؤلاء الأفراد .

تشخيص قضايا ذات صلة بالثقافات :

أظهرت المسوحات حول الاضطراب الاكتئابي عبر الثقافات المتنوعة وجود سبعة خلافات في معدلات الانتشار Prevalende لمدة ١٢ شهرا ، والأكثر من ذلك هو الاتساق في نسب الإناث إلى الذكور .

أما درجة وجود الاضطراب فيشير إلى احتمال وجوده نتيجة تعاطي المخدرات ، كما تشير هذه النتائج إلى الاختلافات الثقافية الكبيرة في التعبير عن الاضطراب الاكتئابي ، ويجب على الأطباء أن يكونوا على علم بأن - في معظم البلدان - تذهب غالبية حالات الاكتئاب نحو إعدادات الرعاية الصحية الأولية غير المعترف بها والتي تنتشر في كثير من الثقافات ، من المرجح جدا أن الأعراض الجسدية تشكل الجانب الأساس فى تقديم الشكوى ، ومن بين أعراض المعيار (A) مثل الأرق ، وفقدان الطاقة .

قضايا التشخيص المتعلقة بنوع الجنس :

على الرغم من أن النتيجة الأكثر استنساخاً في وبائيات الاضطراب الاكتئابي مع معدل انتشار أعلى في الإناث ، إلا أنه لا توجد اختلافات واضحة بين الجنسين في الأعراض ، وبطبيعة الحال ، فى درجة الاستجابة للعلاج ، أو مع عواقب وظيفية لخطر محاولات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) وهو الأعلى ، والأخطر ، وتتفاوت معدلات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) حسب نوع الجنس ، إلا أنها ليست كبيرة بين أولئك الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب بالنسبة لعموم السكان .

مخاطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

إمكانية سلوك (إزهاق النفس المحرم شرعاً) موجود في جميع الأوقات خلال نوبات الاكتئاب الكبرى ، أما العامل الأخطر يرتبط بتاريخ الفرد الماضي من محاولات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) أو التهديد به ، ولكن يجب أن نتذكر أن معظم تلك الحالات قد تنتهي بمحاولات فاشلة . الخصائص الأخرى المرتبطة بزيادة خطر إيذاء النفس فتشمل الذكور ، كونهم قد يعيشون وحدهم ، مع وجود مشاعر بارزة من اليأس ، كما ُيسهم وجود اضطراب الشخصية الحدية بشكل ملحوظ فى زيادة خطر المستقبل .

اضطراب الاكتئاب Depressive disorder :

العديد من العواقب الوظيفية من أعراض الاضطراب الاكتئابي تنبع من الفرد ، مع الضعف الذى يمكن أن يكون خفيفاً جداً ، لذا ، فإنه يجب النظر في الإعدادات الطبية العامة ، لدى أولئك الذين لديهم أعراض اضطرابات الاكتئاب الكبرى ،

والـذين يعـانون بالمزيـد مـن الألم والمـرض البـدني ، والمـصاحب بالانخفـاض فى أكثـر الوظائف البدنية والاجتماعية ، وغيرها .

التشخيص التفاضلي :

نوبات الهوس وتعكر المزاج أو مع نوبات مختلطة : نوبات الاكتئـاب الكـبرى مـع المزاج العصبي البارز قد يكون من الصعب تمييزها عن نوبات الهوس مع المـزاج العـصبي أو مع الحلقات المختلطة ، ويتطلب هذا التمييز ، إجراء التقييم السريري الدقيق لتحرى وجود أعراض الهوس .

اضطراب المزاج بسبب حالة طبية أخرى : حلقة اكتئابي هو التشخيص المناسـب / إذا لم يتم إتخاذ تشخيص اضطراب المزاج على أساس التـاريخ الفـردي ، وعلـى نتـائج الفحص البدني والمختبرى ، لتكون النتيجة المرضية في جسم المريض مباشـرة ، والناتجـة عن حالة طبية معينة (على سبيل المثال : التصلب المتعدد ، والسكتة الدماغية ، وقصور الغدة الدرقية) .

المادة التي يسببها دواء الاكتئاب، أو الاضطراب ثنائي القطب : يتميز الاضطراب الاكتئـابى الـرئيس باتـصاله بنتـائج اسـتخدام مـادة (علـى سـبيل المثـال : دواء يـساء إستعماله ، مثل التوكسين Toxin) والذى يبدو أنه ذات صلة باضطراب المـزاج ، علـى سبيل المثال : فإن مزاج المكتئب يحدث فقط في سياق الانسحاب من الكوكايين ، والذى من شأنه تشخيص الأعراض التي يسببها الكوكايين فى اضطراب الاكتئاب .

اضطراب نقص الانتباه : التشتت وانخفاض التسامح الإحباط يمكن أن يحـدث في كل من اضطراب نقص الانتباه فرط النشاط وحلقة اكتئـابي ؛ إذا مـا تم اسـتيفاء معـايير لكليهما ، ويمكـن تـشخيص اضـطراب الانتبـاه بالإضـافة إلى اضـطراب المـزاج . ومـع ذلك ، يجب أن يكون الطبيب حـذرا عنـد تـشخيص حلقـة اكتئـابي في الأطفـال الـذين يعانون اضطراب في المزاج ، والذي يتميز بالتهيج بدلا من الحزن أو فقدان الاهتمام .

اضطراب التكيف مع المزاج المكتئب : تحدث حلقة الاكتئابي ردا على الضغوطات النفسية من اضطراب الاكتئاب المزاجى ، والتى تـستوفى المعـايير الكاملـة لنوبـة اكتئـاب كبرى لم تتحقق في اضطراب التكيف .

الحزن : أخيرا ، تمثل فترات من الحزن الجوانب المتأصلة في التجربة الإنسانية ، ويجب أن لا يتم تشخيص هذه الفترات باعتبارها حلقة اكتئابي ما لم تستوف المعايير الكاملة للشدة (أي خمسة من أصل تسعة أعراض) لأكثر من يوم ، وبما يقرب من كل اليوم ، وبما لا يقل عن يومين) ، مع ضائقة مهمة سريريا أو ضعف . وقد يشير التشخيص إلى اضطراب الاكتئاب المحدد ، مع تقديم العروض المناسبة من الاكتئاب ، وضعف المزاج الهام سريريا ، ولكن لا تستوفي معايير مدة أو شدة (يومين على الأقل) .

الاعتلال المشترك :

غالباً ما تحدث اضطرابات الاكتئاب الكبرى بصورة مشتركة مع اضطرابات الهلع ، واضطراب الوسواس القهري ، وفقدان الشهية العصبي ، والشره المرضي العصبي ، واضطراب الشخصية الحدية .

اضطراب الاكتئاب الثابتة (اكتئاب) :

معايير التشخيص (**F34.1**) يمثل هذا الاضطراب دمج DSM-LV محددة المزمن اضطراب اكتئاب واضطراب الاكتئاب الجزئي : -

A. مزاج مكتئب لأكثر الأيام ، كما هو مبين من قبل أي التقرير الذاتى ، أو الملاحظة من قبل الآخرين ، بما لا يقل عن سنتين .

ملاحظة : يمكن أن يكون في الأطفال والمراهقين عصبي المزاج ، ولمدة يجب أن تكون على الأقل سنة واحدة .

B . شيوع الاكتئاب ، من اثنين (أو أكثر) من التالي : -

١. فقدان الشهية أو الإفراط في تناول الطعام .
٢. الأرق أو فرط النوم .
٣. انخفاض الطاقة أو التعب .
٤. تدني احترام الذات .
٥. ضعف التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات .
٦. مشاعر اليأس .

C . خلال نفس الفترة من العام الثانى (لمدة سنة للأطفال أو المراهقين) مع الاضطراب ، بشرط عدم تعرض الفرد أبدا لأعراض معايير (A-B) لأكثر من شهر مضى .

D . معايير الاضطراب الاكتئابي قد تكون موجودة بشكل مستمر لمدة سنتين ، ما لم تكن هناك نوبة جنون أو حلقة Hypomanie ما لم يتم يتم الوفاء بمعايير اضطراب دوروية المزاج الفصامى .

F . لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال اضطراب فصامي عاطفي ثابت ، أو مع الفصام ، واضطراب الوهمية ، أو غيرها من انفصام الشخصية المحددة أو غير المحددة ، وغيرها من طيف الاضطراب الذهاني . ولا تعزى الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، تعاطي المخدرات ، أو مع دواء) أو نتيجة حالة طبية أخرى (مثل قصور الغدة الدرقية) .

H . تسبب الأعراض ضيق سريرى هام ، أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

ملاحظة : نظرا لأن معايير حلقة الاكتئابي تشمل أربعة أعراض غائبة عن قائمة استمرار أعراض اضطراب الاكتئاب (اكتئاب) ، والمحدودة جدا مع عدد من الأفراد الذين لديهم أعراض الاكتئاب المستمرة لفترة أطول من سنتين / ولكن لم تستوف معايير اضطراب الاكتئاب المستمر . وإذا كانت معايير الاكتئابي كاملة ، فقد تلتقى الحلقة في مرحلة ما أثناء الحلقة الحالية من المرض ، لذا ينبغي ترك تشخيص الاضطراب الاكتئابي . Othenwise ، ويتم تشخيصه بحالة أخرى تبرر اضطراب الاكتئاب أو اضطراب الاكتئاب المحدد وغير المحدد .

تحديد ما إذا : -

- مع الضائقة حريصة .
- مع ميزات مختلطة .
- مع ميزات سوداوية .
- مع ميزات شاذة .
- مع ميزات المزاج الذهاني المنسجم .
- مع ميزات المزاج الذهانية غير منسجم مع مع بداية الفترة المحيطة بالولادة .

تحديد ما إذا : -

- في مغفرة جزئية .
- في مغفرة كاملة .

تحديد ما إذا : -

- بداية مبكرة : قبل سن ٢١ عاما .
- بداية فى وقت متأخر : إذا كانت البداية في سن ٢١ سنة أو أكثر .

تحديد ما إذا (تتم بالنسبة لمعظم السنوات الأخيرة من اضطراب الاكتئاب المستمر) : -

مع متلازمة مكتئب : وفقاً للمعايير الكاملة لنوبة اكتئاب كبرى لم يتم الوفاء بها على الأقل في السنوات السابقة .

مع استمرار نوبة اكتئاب كبرى : المعايير الكاملة لحلقة الاكتئابي ، والتى قد تلتقى طوال الفترة المقابلة من العام السابق .

مع نوبات متقطعة رئيسة للاكتئاب ، مع الحلقة الحالية : معايير كاملة تلتقى بحلقة اكتئابي حاليا ، ولكن كانت هناك فترات لمدة (ثمان أسابيع) على الأقل في آخر سنتين سابقة مع الأعراض دون الحد الأدنى لكامل نوبة اكتئاب كبرى .

مع نوبات متقطعة رئيسية للاكتئاب ، دون الحلقة الحالية : مع معايير كاملة لحلقة الاكتئابي لم يتحقق حاليا ، ولكن كان هناك واحد أو أكثر من نوبات الاكتئاب الكبرى في ما لا يقل عن آخر سنتين .

تحديد شدة الحالة : -

- خفيف .
- المعتدل .
- شديد .

الخصائص التشخيصية :

الميزة أساس من اضطراب الاكتئاب الثابت (اكتئاب) هو المزاج المكتئب الذي يحدث معظم اليوم ، لأكثر من أيام ، وقد يستمر لمدة (سنتين) على الأقل ، أو على الأقل (سنة للأطفال والمراهقين) (A) .

ويمثل هذا الاضطراب دمج DSM-IV تعريف الاضطراب الاكتئابي المزمن / مع اضطراب مكتئب ، وقد يسبق الاكتئاب الشديد اضطراب الاكتئاب المستمر ، وربما نوبات الاكتئاب الكبرى التي تحدث أثناء اضطراب الاكتئاب المستمر . أما الأفراد الذين يلبوا أعراض الاكتئابي ، فينبغي ترك معايير الاضطراب لمدة سنتين ، حتى يتم تشخيص اضطراب الاكتئاب المستمر/ فضلا عن الاضطراب الاكتئابي .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب المستمر فيوصف مزاجهم بالحزين أو " المتدنى " . وتوجد خلال فترات المزاج المكتئب ، اثنين على الأقل من ستة أعراض الموجودة فى المعيار B .

ولأن هذه الأعراض قد تصبح جزءاً من خبرة الفرد يوما بعد يوم ، وخاصة في حالة الإصابة المبكرة (على سبيل المثال : " لقد كنت دائما أسلك هذا الطريق") ، فقد لا يتم الإبلاغ عنه إلا إذا دفع إليه الفرد مباشرة . E وذلك خلال شهر أو (سنتان) للكبار / وفترة (سنة للأطفال أو المراهقين) ، كفترات خالية من الأعراض لمدة آخر شهرين (C) .

معدل الانتشار Prevalende :

اضطراب الاكتئاب المستمر بشكل فعال هو تشخيص مزيج من الدليل الرابع DSM-IV مع اضطراب المكتئب ، وحلقة اكتئابي مزمن . أما معدل الانتشار فيصل لمدة ١٢ شهرا في الولايات المتحدة ، أو ما يقرب من ٠,٥ ٪ لاضطراب الاكتئاب المستمر و١,٥ ٪ للاضطراب الاكتئابي المزمن .

دورة النمو :

اضطراب الاكتئاب المستمر - في كثير من الأحيان - له بداية مبكرة / ويأتى غدرا (أي في مرحلة الطفولة ، المراهقة ، أو وقت مبكر من حياة الكبار) ، وبحكم تعريفها ، فإن السير المزمن بين الأفراد يستمر مع كل من اضطراب الاكتئاب واضطراب الشخصية

الحدية ، ويتم التغاير من الميزات المقابلة مع مرور الوقت مما يشير إلى عملية آلية مشتركة .

ويرتبط الظهور المبكر (أي قبل سن ٢١ عاما) مع احتمال ارتفاع اضطرابات الشخصية المرضية والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة . وعندما ترتفع الأعراض إلى مستوى حلقة اكتئابي ، فمن المرجح أنها لاحقا ستعود إلى مستوى أدنى . ومع ذلك ، فإن أعراض الاكتئاب هي أقل بكثير مما هو مرجح أن تحل في فترة معينة من الزمن في سياق اضطراب الاكتئاب المستمر كما في حلقة الاكتئابي .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : العوامل التنبؤية لنتائج الوهن طويلة الأجل ، قد تشمل مستويات أعلى من العصابية (وجدان سلبي) ، مع زيادة شدة الأعراض ، الأكثر وهناً والمتوافق مع سير المعايير العالمية ، مع وجود اضطرابات القلق أو اضطراب السلوك .

البيئية : وتشمل عوامل الخطر في مرحلة الطفولة مثل فقدان الوالدين أو الانفصال .

الجينية والفسيولوجية : لا توجد اختلافات واضحة في تطوير المرض ، أو التاريخ العائلي فى الدليل الرابع DSM-IV من اضطراب المكتئب والاضطراب الاكتئابي المزمن . لذا فإن النتائج السابقة المتعلقة إما بالفوضى المحتمل أن تنطبق مع استمرار اضطراب الاكتئاب . وبالتالي فمن المرجح أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب المستمر سوف يكون الاضطراب لديهم بنسبة أعلى مع الأقارب من الدرجة الأولى مع الاكتئاب المستمر / عنها مع الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابى ، ومع اضطرابات الاكتئاب بشكل عام .

وهناك عدد من مناطق الدماغ (مثل قشرة الفص الجبهي ، الحزامية الأمامية ، اللوزة ، الحصين) قد تورطت في اضطراب الاكتئاب المستمر polysomnographic والذى يمكن أن يحدث تشوهات نفسية كذلك .

اضطراب الاكتئاب المستمرة :

الدرجة التي تؤثر فى الأداء الاجتماعى والمهني نتيجة اضطراب الاكتئاب المستمر ، والتى من المرجح أن تختلف على نطاق واسع ، ولكن آثارها يمكن أن تكون كبيرة (مثل أو أكبر) من اضطرابات الاكتئاب الكبرى .

التشخيص التفاضلي :

الإضطراب الاكتئابي : إذا كان هناك مزاج واكتئاب بالإضافة إلى اثنين أو أكثر من الأعراض ، التي تلبي معايير للاكتئاب والمستمرة لمدة سنتين أو أكثر ، ثم تم تشخيصها باضطراب الاكتئاب المستمر ، فإن التشخيص يعتمد على مدة سنتان ، التي تميزها عن حلقات الاكتئاب التي لا تدوم لأكثر من سنتين .

وإذا كانت أعراض المعايير كافية لتشخيص حلقة الاكتئابي في أي وقت خلال هذه الفترة ، كما تجدر الإشارة إلى أن تشخيص الاكتئاب الشديد ، ولكن يتم ترميز أنه ليس بوصفه منفصلة التشخيص بل هو محدد مع تشخيص اضطراب الاكتئاب المستمرة . إذا كانت أعراضه تلبي المعايير الحالية الكاملة لحلقة الاكتئابي المحدد من نوبات الاكتئاب الكبرى المتقطعة ، مع الحلقة الحالية .

أما إذا استمرت نوبة الاكتئاب الكبرى على الأقل لمدة سنتين مع استمرار حلقة الاكتئابي ، عندها يتضح بأنه لم يتم استيفاء المعايير الرئيسة الكاملة للاكتئاب الحالي ، ولكن إذا كان هناك واحد على الأقل من معايير الحلقة السابقة من الاكتئاب الشديد في سياق لا يقل عن سنتين من الاكتئاب المستمر / مع الأعراض المحددة المتقطعة مع نوبات الاكتئاب الكبرى " دون الحلقة الحالية " عندها تستخدم معايير الحلقة السابقة . وإذا لم يشهد الفرد حلقة من الاكتئاب الشديد في السنوات الأخيرة والمحددة " مع متلازمة مكتئب نقية " فيتم كذلك استخدام نفس معايير الحلقة السابقة .

اضطرابات ذهانية : أعراض الاكتئاب هي سمة مشتركة مزمنة وترتبط بالإضطرابات النفسية (مثل اضطراب فصامي عاطفي ، والفصام ، واضطراب الوهمية) .

A لا يتم التشخيص المنفصل من اضطراب الاكتئاب المستمر في حالة حدوث الأعراض فقط خلال مسار اضطرابات ذهانية (بما في ذلك المراحل المتبقية) .

الاكتئاب ، واضطراب الاكتئاب ثنائي القطب ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى مستمرة : يجب التمييز بين اضطراب الاكتئاب ، وبين اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب وما يتصل بهما بسبب حالة طبية أخرى . ويتم الحكم على اضطراب المزاج ،

على أساس التاريخ ، وعلى نتائج الفحص البدني ، والذى يعزى إلى الحالة المرضية في جسم المريض مباشرة والناتجة عن آثار حالة محددة وطبية (عادة مزمنة) .

وإذا تم الحكم على أن أعراض الاكتئاب لا تعزى إلى الأعراض الفسيولوجية الناتجة عن آثار حالة طبية أخرى ، مثل اضطراب عقلي أولي (على سبيل المثال : واضطراب الاكتئاب الثابت) والتى تم تسجيلها ، وتشير إلى حالة طبية ، مصاحبة لتلك الحالة (على سبيل المثال : داء السكري) .

المادة التي يسببها الدواء / لكل من : الاكتئاب أو اضطراب ثنائي القطب (المعيار (A) . ويتميز الاكتئاب الثنائي القطب ، والناتج عن المادة التى يسببها الاضطراب ذات الصلة باستمرار اضطراب الاكتئاب (على سبيل المثال : نوع الدواء من سوء التعامل مع الدواء - حجم الجرعة - والسم) وهو الحكم ذات الصلة etiologically باضطراب المزاج .

اضطرابات الشخصية : في كثير من الأحيان ، هناك أدلة على وجود اضطراب شخصية التعايش . عندما يجتمع عرض الفرد / مع المعايير لكل من اضطراب الاكتئاب المستمر ، واضطراب الشخصية ، والذى يتم إعطاء التشخيصات الدقيقة لكل منهم .

الاعتلال المشترك :

بالمقارنة مع الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابى ، مع تلك التى ترتبط باضطراب الاكتئاب المستمر ، وهم أكثر عرضة للأمراض النفسية ، والاعتلال المشترك بشكل عام ، واضطرابات القلق واضطرابات تعاطي المخدرات بشكل خاص . أما ظهور اضطراب الاكتئاب المبكر والمستمر والمرتبط بقوة مع الدليل الرابع DSM -IV الفئة (A) واضطرابات الشخصية (C) .

اضطراب ما قبل الحيض :

معايير التشخيص (N94.3) :

A. في معظم دورات الحيض ، يجب أن تكون على الأقل خمسة أعراض موجودة في التشخيص النهائي قبل أسبوع من بداية الحيض ، تبدأ بتحسن في غضون بضعة أيام بعد ظهور الحيض ، ويصل حدها الأدنى أو فى خلال أسبوع .

B. يجب B . واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية تكون موجودة : -

١. عطوبية عاطفية، وجدانية (على سبيل المثال : تقلب المزاج : الشعور بالحزن أو البكاء فجأة ، أو زيادة الحساسية للرفض) .
٢. تهيج ملحوظ أو الغضب أو زيادة الصراعات بين الأشخاص .
٣. تميز بالمزاج المكتئب ، ومشاعر اليأس ، أو الأفكار الذاتية ، أو الاستنكار .
٤. القلق الملحوظ ، والتوتر ، أو مشاعر مرتبطة بالوصول إلى أعلى الحافة .

يجب توفر واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية تكون بالإضافة إلى الوقت الحاضر ، لتصل إلى ما مجموعه خمسة أعراض عندما تقترن الأعراض مع المعيار B أعلاه .

١. انخفاض الفائدة في الأنشطة المعتادة (على سبيل المثال : العمل ، المدرسة ، الأصدقاء ، الهوايات) .
٢. صعوبة في التركيز الشخصي .
٣. الخمول ، وتعب من أداء العمل السهل ، أو نقص ملحوظ في الطاقة .
٤. تشهد تغير في الشهية ؛ أو الإفراط ، أو شهوة في تناول طعام محدد .
٥. فرط النوم أو الأرق .
٦. شعور يجري ovenwhelmed أو يخرج عن نطاق السيطرة .
٧. الأعراض الجسدية مثل حنان الثدي ، أو تورم وآلام المفاصل أو العضلات ، والإحساس " النفخ " ، أو زيادة الوزن .

ملاحظة : يجب أن يكون قد اجتمع في أعراض معايير(A,C) بالنسبة لمعظم دورات الطمث التي وقعت في العام السابق .

وترتبط أعراض دالة مع ضائقة مهمة سريريا أو التدخل في العمل أو المدرسة ، والأنشطة والمهام الاجتماعية المعتادة ، أو العلاقات مع الآخرين (على سبيل المثال : تجنب الاجتماعية الأنشطة ؛ وانخفاض الإنتاجية والكفاءة في العمل ، المدرسة ، أو المنزل) .

E . لا يشير الاضطراب إلى تفاقم أعراض اضطراب آخر ، مثل الاضطراب الاكتئابي ، واضطرابات الهلع ، واضطراب الاكتئاب المستمر (اكتئاب) ، أو اضطراب في الشخصية (على الرغم من أنه قد يشارك في حدوث أي من هذه الاضطرابات) .

F . . يجب أن يتم تأكيده من قبل التقييمات اليومية المحتملة خلال اثنين على الأقل من أعراض تلك الدورات . (ملاحظة : يمكن إجراء التشخيص المؤقت قبل هذا التأكيد .) ولا تعزى تلك الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، تعاطي المخدرات ، والأدوية ، والعلاجات الأخرى) أو نتيجة حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : فرط نشاط الغدة الدرقية) .

إجراءات التسجيل :

إذا لم يتم التأكد من أعراض التقييمات اليومية المحتملة من اثنين على الأقل من الأعراض " المؤقتة " وتجدر الإشارة بعد اسم التشخيص (أي ما قبل الحيض ، مع اضطراب المنزعج ، المؤقت) .

الخصائص التشخيصية :

الخصائص الأساس لاضطراب ما قبل الحيض هي تعبير عن عطوبية المزاج ، والتى تشمل أعراض التهيج ، والانزعاج ، والقلق الذى يحدث مرارا وتكرارا خلال ما قبل الحيض كمرحلة من مراحل دورة بداية الحيض أو بعد ذلك بقليل .

قد تكون هذه الأعراض مصحوبة بالأعراض السلوكية والجسدية : يجب أن تحدث الأعراض في معظم دورات الطمث خلال العام الماضي ، ويجب أن يكون تأثير سلبي على العمل أو الأداء الاجتماعى .

أما شدة التعبيرية المصاحبة للأعراض فقد تكون مرتبطة ارتباطا وثيقا بخصائص الخلفية الاجتماعية والثقافية من عوامل الإناث المتضررات ، أو مع وجهات نظر الأسرة ، والأكثر تحديدا مثل المعتقدات الدينية ، والتسامح الاجتماعى .

وعادة ، ما تكون ذروة الأعراض في وقت قريب من بدء الحيض : وعلى الرغم من أنه ليس من المألوف بالنسبة لتلك الأعراض أن تظل في الأيام القليلة الأولى من الحيض ، ويجب على الأفراد الذين لديهم فترة خالية من أعراض الاضطراب بعد بدء فترة الحيض .

في حين تشمل الأعراض الأساس اضطراب المزاج وأعراض القلق السلوكي والأعراض الجسدية والتى عادة ما تحدث أيضاً . ومع ذلك ، فإن وجود تلك الأعراض الجسدية والسلوكية في حالة عدم وجود اضطراب المزاج أو أعراض القلق / والذى قد لا يكفي لتشخيص المرض .

أعراض من الشدة المماثلة (ولكن لا يرتبط بمدة) هذا الاضطراب ، فإن مثل هذه الحلقة الاكتئابية أو مع اضطراب القلق العام . ومن أجل تأكيد التشخيص المؤقت ، يطلب تقديم تقييمات الأعراض المحتملة يوميا في الأقل خلال دورتين- من الحيض - لتلك الأعراض .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

وقد وصفت الأوهام والهلوسة في المرحلة الصغري المتأخرة من دورة الحيض ولكنها نادرة ، وقد تعتبر مرحلة ما قبل الحيض من قبل البعض ، قد تكون فترة الخطر للانتحار .

معدلات معدل الانتشار Prevalende :

معدل الانتشار **Prevalende** (اثني عشر شهرا) من اضطراب ما قبل الحيض ما بين نسب ١,٨ ٪ و٥,٨ ٪ من الحائض . أما التقديرات المبالغ فيها - إلى حد كبير - إذا كانت تستند بأثر رجعي على التقارير الذاتية ، بدلا من التقييمات اليومية للمحتملين . ومع ذلك ، يقدر معدل الانتشار ، استنادا بسجل يومي للأعراض لمدة (شهر واحد) ليكون أقل تمثيلا ، كأفراد مع أكثر الأعراض الشديدة ، والتى قد لا تستوفى عملية التصنيف .

أما التقدير الأكثر دقة لاضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي فهو ١,٨ ٪ للنساء اللاتى تُبدين أعراض تلبية المعايير الكاملة دون اضطراب وظيفي بنسبة ١,٣ ٪ للنساء / أما مع الأعراض التي تفي بالمعايير الحالية مع اضطراب وظيفي وبدون التعاون مع الأعراض الذى يحدث نتيجة اضطراب عقلي آخر .

دورة النمو :

يمكن أن يظهر اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي عند أي نقطة بعد الحيض ، كما قد تحدث الحالات الجديدة خلال فترة المتابعة لمدة (٤٠ شهرا) بدرجة ثقة بنسبة ٢,٥٪ (٩٥ ٪ = ١ ، ٧-٣ ، ٧) . أما الروايات المتناقلة بين العديد من النساء ، من اللائى اقتربن

من انقطاع الطمث ، كما تشير التقارير إلى أن الأعراض قد تزداد سوءا ، كما أن تلك الأعراض تتوقف بعد سن اليأس ، وذلك على الرغم من أن الهرمونات البديلة الدورية يمكن أن تؤدي إلى إعادة التعبير عن الأعراض .

المخاطر والعوامل المنذرة :

البيئية : العوامل البيئية ترتبط بالتعبير عن ما قبل اضطراب الحيض المزعج ، ويشمل الإجهاد ، والتاريخ من الصدمة الشخصية ، والتغيرات الموسمية ، والجوانب والمهام الاجتماعية والثقافية للسلوك الجنسي للإناث بشكل عام ، ودور الجنسين ، وتحديداً الإناث بصفة خاصة .

الجينية والفسيولوجية : تأثير التوريث فى اضطراب ما قبل الحيض غير معروف . ومع ذلك ، فإن أعراض ما قبل الحيض ، قد تشير لتقديرات مجموعة التوريث بين ٣٠٪ و٨٠ ٪ ، مع العنصر الأكثر استقرارا من أعراض ما قبل الحيض تشير التقديرات إلى أن حوالي ٥٠ ٪ تتأثر بالموروثات .

المعدلات : النساء اللائى يستخدمن وسائل منع الحمل عن طريق الفم ، قد يعانين بنسب أقل مع اضطراب ما قبل الحيض ، عنه من شكاوى بعض النساء اللائى لا يستخدمن وسائل منع الحمل عن طريق الفم .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية :

إضطراب ما قبل الحيض لا يرتبط بمتلازمة الثقافة ، وقد لوحظ وجود إختلافات لدى الأفراد في الولايات المتحدة وأوروبا والهند وآسيا ، ومن غير الواضح ما إذا كانت تلك المعدلات تختلف بحسب العرق . ومع ذلك ، فإن التواتر وشدة التعبيرية لتلك الأعراض ، قد تشكل أنماط تتأثر بشكل كبير بالعوامل الثقافية .

علامات التشخيص :

كما هو مبين في وقت سابق ، فإن تشخيص اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي يتم بشكل – شبه ثابت بصورة شهرية / ويتم التقييم بناء على تلك الأعراض المحتملة ، وهناك عدد من المقاييس ، بما في ذلك التقرير اليومي لشدة المشاكل والبصرية ، وغيرها من اضطرابات ما قبل الحيض ، والذى يؤثر على الحالة المزاجية ، وعادة ما يتم التحقق من صحة التقييم والتشخيص من خلال التجارب السريرية لاضطراب ما قبل الحيض .

أما متلازمة توتر ما قبل الحيض فتم التحقق من صحتها باستخدام المقاييس المختلفة - على نطاق واسع - لتحديد شدة المرض في النساء اللائى لديهن اضطراب ما قبل الحيض .

الآثار الوظيفية لاضطراب ما قبل الحيض :

يجب أن يترافق اضطراب ما قبل الحيض مع أعراض الضيق السريري الواضح ، مع رصد الانخفاض الملحوظ في القدرة على العمل اجتماعيا أو مهنياً في الأسبوع السابق على الحيض . والذى يترافق مع انخفاض في الأداء الاجتماعى ، والذى يمكن أن يتجلى في الخلاف الزوجي ومشاكل مع الأطفال وغيرهم من أفراد الأسرة ، أو الأصدقاء . وقد تمتد إلى المشاكل الزوجية أو الوظيفية المزمنة ، ولا ينبغي الخلط بينه وبين الخلل الذي يحدث فقط فى فترة ما قبل الحيض .

التشخيص التفاضلي :

متلازمة ما قبل الحيض : تختلف متلازمة ما قبل الحيض / عن مرحلة ما قبل الطمث الاكتئابي ، وينبغى أن تشمل معايير الاضطراب فيما لا يقل عن خمسة أعراض ، وليس هناك أي نص من الأعراض العاطفية للأفراد الذين لديهم متلازمة ما قبل الحيض .

وهذا الشرط قد يكون أكثر شيوعا من اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي ، وعلى الرغم من أن ما يقدر من معدل انتشار متلازمة ما قبل الحيض . في حين قد ترتفع متلازمة ما قبل الحيض ، مع ميزة التعبير عن الأعراض خلال مرحلة ما قبل الحيض من الدورة الشهرية ، والتى تعتبر عموما أن تكون أقل حدة من اضطراب ما قبل الحيض . أما وجود الأعراض الجسدية أو السلوكية في مقتبل الحيض ، فهو دون المطلوب (حد أدنى من معايير التشخيص) لتلك الأعراض العاطفية ، ومن المحتمل أن يلبي معايير - جزئية - لمتلازمة ما قبل الحيض كإضطراب مزعج .

عسر الطمث : عسر الطمث هو متلازمة الحيض المؤلمة ، والذى يختلف عن متلازمة التغيرات العاطفية ، وعلاوة على ذلك ، فإن أعراض عسر الطمث تبدأ مع بداية الحيض ، في حين أن أعراض اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي ، بحكم تعريفها ، تبدأ قبل بداية الحيض ، حتى لو كانت باقية في الأيام القليلة الأولى من الحيض .

الإضـطراب الثنـائي القطـب ، الاضـطراب الاكتئـابي ، واضـطراب الاكتئـاب المستمرة (اكتئاب) : ويحدث لدى العديد من النساء مع : (إما طبيعيا / أو بتنـاول مـادة) ثنائي القطب أو مع الاضطراب الاكتئابي أو مع اضطراب الاكتئـاب المـستمرة يعتقـد أن لديهم اضطراب ما قبل الحيض . ومع ذلك ، عندما تحديد الأعراض ، فيدركون وقتها أن الأعراض لا تتبع نمطا ما قبل الحيض .

كما أن النساء مع آخر اضطراب عقلي قد يعانين من أعراض مزمنـة أو أعـراض متقطعة التي لا علاقة لها بمرحلة الدورة الشهرية . ومع ذلـك ، فـإن بدايـة الحـيض قـد تشكل حدثا لا ينسى ، أو إنهن قد يقدمن تقريراً بـالأعراض الـتى تحـدث فقـط خـلال مقتبل الحيض أو مع الأعراض التى تزداد سـوءا ، وهـى واحـدة مـن الأسـس المنطقيـة لشرط تأكيد الأعراض والتقييمات المحتملة اليومية .

أما عملية التشخيص التفريقي ، خاصة الذى يعتمد فيه الطبيب علـى الأعـراض فقط بأثر رجعي ، والذى ينبغى أن يبذل المزيد من لفرز التداخل بين أعراض اضـطراب ما قبل الطمث الاكتئـابي / وبـين بعـض التشخيـصات الأخـرى . وتـداخل الأعـراض البارزة بشكل خاص للتمييز بين اضـطراب مـا قبـل الحـيض / وبـين نوبـات الاكتئـاب الكبرى ، واضطراب الاكتئاب المستمر ، واضطرابات القطبين ، واضطراب الشخـصية الحدية .

ومع ذلك ، فإن معدلات اضطرابات الشخصية ليست أعلـى في النـساء اللائـى يعانين من اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي من دون تلك الفوضى .

استخدام العلاجات الهرمونية : بعض النساء اللائى يعانين من اضطرابات معتدلة إلى حادة ما قبل فترة أعراض الحيض ، وقد تستخدم العلاجات الهرمونية ، بما في ذلـك وسائل منع الحمل الهرمونية .

وفي حالة حدوث مثل هذه الأعراض بعد بدء استخدام الهرمونات ، وقد ترجـع تلك الأعراض إلى اسـتخدام الهرمونـات بـدلا مـن أن الـشرط الأسـاس لحالـة مـا قبـل اضطراب ما قبل الحيض . وإذا كانت توقفت المرأة عن استخدام تلك الهرمونات تختفـي الأعراض ، وهو ما يتفق مع المادة التي يسببها الدواء لاضطراب الاكتئاب .

الاعتلال المشترك حلقة اكتئابي هو اضطراب السابقة ذكرت في أغلب الأحيان في الأفراد .

عرض اضطراب ما قبل الحيض :

هناك مجموعة واسعة من طبية على سبيل المثال : -

- الصداع النصفي .
- الربو ، والحساسية .
- اضطرابات الاستيلاء ، أو غيره من الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال : الاكتئاب ثنائي القطب ، واضطرابات القلق ، والشره المرضي العصبي ، واضطرابات تعاطي المخدرات) وقد تزداد الحالة سوءا في مرحلة ما قبل الحيض ، إلا فى الفترة الخالية من عدم وجود الأعراض خلال الحيض التالي .
- وتغني هذه الشروط تشخيص اضطراب ما قبل الحيض .

وتعتبر أفضل فترة هى ما قبل الحيض الخالية من اضطراب عقلي أو طبي حالي ، ورغم أنه يجب أن لا يتم تعيين تشخيص اضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي في الحالات التى يكون فيها الفرد لا يواجه سوى تفاقم ما قبل الحيض من آخر اضطراب عقلي أو جسدي ، فإنه يمكن إضافته إلى تشخيص عقلي آخر أو اضطراب مادي ، خاصة إذا كانت أعراض الخبرات الفردية ، والتغيرات تتم في مستوى الأداء الذى يمثل سمة من اضطراب ما قبل الحيض ، والمختلف بشكل ملحوظ عن الأعراض التى شهدت جزء من الاضطراب المستمر نتيجة مادة الأدوية المستحثة .

اضطراب المزاج :

معايير التشخيص :

A . اضطراب بارز ومستمر في المزاج يسود في الصورة السريرية ، ويتميز فيه المزاج المكتئب بتناقص الفائدة بشكل ملحوظ أو فقد المتعة في كل شيء ، أو تقريبا فى كل الأنشطة .

C. هناك أدلة من تاريخ الحالة ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية على حد سواء (١) و(٢) : -

١. الأعراض في المعيار A تطورت أثناء ، أو بعد وقت قصير من التسمم نتيجة مادة أو الانسحاب أو بعد التعرض للدواء .

٢. جوهر المشاركة أو الدواء قادر على إنتاج الأعراض .

D. لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال اضطراب الاكتئاب ، وليس للمادة التي يسببها الدواء . أما هذه الأدلة على وجود اضطراب الاكتئاب المستقل فيمكن أن يشمل ما يلي :

استخدام مادة الأدوية يسبق ظهور الأعراض ، وقد تستمر الأعراض لفترة طويلة من الوقت (على سبيل المثال : حوالي شهر واحد) بعد التوقف الحاد ، أو الانسحاب أو التسمم الحاد ، كما أن هناك أدلة أخرى تشير إلى وجود اضطراب الاكتئاب المستقل (على سبيل المثال : تاريخ نوبات متكررة

non-substance أو medication-related) .

D . لا تحدث الاضطراب حصرا أثناء سير اضطراب الهذيان ، والذى يسبب ضائقة سريرية مهمة ، أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

ملاحظة : هذا التشخيص ينبغي بذله بدلا من تشخيص التسمم نتيجة مادة ، أو انسحاب من مادة فقط عندما تكون الأعراض في المعيار A تسود في الصورة السريرية ، أو عندما تكون شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري بها .

ملاحظة الترميز : إن ICD-9-CM ورموز ICD-10-CM [مادة محددة أو الدواء] - يشار إلى اضطرابات الاكتئاب ، الواردة فى ICD-10- كود CM يعتمد على wliether أو لم يكن هناك اضطراب مرضي استخدام مادة حاضرة لنفس الفئة من المواد المخدرة .

وإذا كان اضطراب تعاطي المخدرات المرضي معتدل مع substanceinduced اضطراب الاكتئاب ، فطابع الموقف هو رقم ٤ " (١) ويجب أن يسجل الطبيب " خفيفة [مادة] واستخدام الفوضى" قبل اضطراب الاكتئاب الناجم عن مادة (على سبيل المثال : اضطراب تعاطي الكوكايين الخفيف المؤدى لاضطراب الاكتئاب ") .

وإذا كان اضطراب تعاطي المخدرات المرضي معتدل أو شديد / يتم بالتوازى مع اضطراب الاكتئاب الناجم عن المخدرات ، فإن طابع الموقف هو ٤ " ٢ " ، وعلى الطبيب تسجيل " المعتدلة [نتيجة مادة] باستخدام إضطراب" أو" [الجوهر] الشديد " وذلك اعتمادا على الشدة المرضية مع اضطراب تعاطي المخدرات . وإذا لم يكن هناك اضطراب تعاطي المخدرات المرضي (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، فيكون الموقف ٤ هو " ٩ " ، وينبغي على الطبيب تسجيل اضطراب الاكتئاب الناجم عن المخدرات . ICD-10-CM وICD-9-CM : -

١. الكحول F10.14 F10.24 FI 0.94
٢. فينسيكليدين F16.14 F16.24 F16.94
٣. المهلوسات الأخرى F16.14 F16.24 FI 6.94
٤. المستنشق F18.14 F18.24 FI 8.94
٥. الأفيونية F11.14 F11.24 F11.94
٦. مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق F13.14 FI 3.24 FI 3.94
٧. الأمفيتامين (أو غيرهامنبه) F15.14 FI 5.24 FI 5.94
٨. الكوكايين F14.14 FI 4.24 FI 4.94
٩. مادة أخرى (أو غير معروفة) F19.14 F19.24 FI 9.94

تحديد إذا كانت المادة مرتبطة بالإدمان ، أو اضطرابات أخرى " للتشخيص المرتبط بطبقة المادة : مع بداية أثناء التسمم : وإذا ما تم استيفاء معايير التسمم مع جوهر وأعراض التسمم خلال مرحلة التطوير ، وذلك مع بداية ، أو أثناء الانسحاب : بشرط استيفاء معايير الانسحاب من مادة ، أو من خلال تطوير الأعراض ، أو بعد فترة وجيزة ، أو الانسحاب .

إجراءات التسجيل :

ICD-9-CM يبدأ اسم اضطراب الاكتئاب مادة التي يسببها الدواء مع مادة معينة (مثل الكوكايين ، ديكساميثازون) التي يفترض أن تكون السبب أعراض الاكتئاب . رمز التشخيص يتم تحديده عبر مجموعة معايير ، والتي تقوم على الطبقة المخدرات . بالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من فصول (على سبيل المثال : ديكساميثازون) ، يجب

استخدام رمز ل " مادة أخرى " ، وفي الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة ليكون عاملا مسببا ولكن فئة معينة من مادة غير معروف ، وفئة " مادة مجهولة " ينبغي استخدامها .

ويتبع اسم الاضطراب من مواصفات ظهور (أي ظهور خلال التسمم ، البدء بها خلال الانسحاب) . خلافا للإجراءات التسجيل ل ICD-I0-CM ، التي تجمع بين الاضطراب الناجم عن المخدرات وتعاطي المخدرات اضطراب في عملية واحدة رمز ، لـ ICD-9-CM يعطى رمز التشخيص منفصلة للاضطراب تعاطي المخدرات . إلى سبيل المثال ، في qase من أعراض الاكتئاب التي تحدث أثناء الانسحاب من اضطراب شديد من تعاطي الكوكايين ، والتشخيص هو ما يسببه اضطراب الكوكايين ، والاكتئاب مع بداية/ أو أثناء الانسحاب . أما التشخيص الإضافي من الاضطراب الشديد لتعاطي الكوكايين ، فيكون عندما يتم الحكم على مضمون واحد أو أكثر للعب دوراً هاما في تطوير أعراض اكتئاب المزاج ، والذى يجب أن يتم سرده كل على حدة (على سبيل المثال : يسببها الميثيلفينيديت لاضطراب الاكتئاب ، مع ظهوره كذلك خلال الانسحاب منه ؛ كما يسبب ديكساميثازون اضطراب الاكتئاب ، مع بداية / وأثناء التسمم) .

ICD-10-CM يبدأ اسم اضطراب الاكتئاب بالمادة التي يسببها الدواء مع مادة معينة (مثل الكوكايين / مع ديكساميثازون) التي يفترض أن تكون السبب لأعراض الاكتئاب . أما رمز التشخيص فيتم تحديده مع مجموعة من المعايير ، والتي تقوم على طبقة المخدرات مع وجود أو عدم وجود مادة الاستخدام المرضية التى تسبب الفوضى .

وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال : ديكساميثازون) ، فإن رمز " مادة أخرى " ينبغي أن يستخدم ، وفي الحالات (التي هي عبارة عن مادة) فإن الحكم على أن تكون عاملا مسببا ولكن لفئة معينة من مادة غير معروفة ، أو فئة مادة مجهولة " ينبغي استخدامها .

وعند تسجيل اسم اضطراب ، مثل اضطراب تعاطي المخدرات المرضي (إن وجد) فيسرد أولا ، تليها كلمة " مع " ، يليه اسم الاكتئاب الناجم عن مادة الاضطراب ، تليها مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال التسمم ، أو مع بداية / أو أثناء الانسحاب) . على سبيل المثال : في حالة من أعراض الاكتئاب التي تحدث أثناء

الانسحاب من اضطراب شديد نتيجة تعاطي الكوكايين ، فإن التشخيص هو F14.24 لتعاطي الكوكايين مع اضطراب شديد يسببه الكوكايين ، أو اضطراب الاكتئاب ، مع بداية / أو أثناء الانسحاب . A المنفصل ، ولا يتم هنا إعطاء التشخيص المرضي الشديدة لاضطراب تعاطي الكوكايين . أما إذا كان ناجماً عن مادة 'تحدث اضطراب الاكتئاب دون اضطراب تعاطي المخدرات المرضي (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، فيلاحظ وصف اضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : F16.94 اضطراب الاكتئاب ، مع بداية أثناء التسمم) التي يسببها فينسيكليدين . وعندما يتم الحكم على أكثر من مادة واحدة للعب دورا هاما في تطوير أعراض المزاج الاكتئابي ، فيجب أن يتم سرد كل على حدة (على سبيل المثال : اضطراب استخدام الميثيلفينيديت الشديد F15.24) .

اضطراب الاكتئاب الناجم عن تناول الأدوية ؛
لميثيلفينيديت Methylphenidate ،

مع ظهوره خلال فترة الانسحاب؛ F19.94 ويحدث اضطراب الاكتئاب ، مع بداية ، أو أثناء التسمم التي يسببها دزاء ديكساميثازون .

ICD-10-CM يبدأ اسم اضطراب الاكتئاب بالمادة التي يسببها الدواء مع مادة معينة (مثل الكوكايين / مع ديكساميثازون) التي يفترض أن تكون السبب لأعراض الاكتئاب . أما رمز التشخيص فيتم تحديده مع مجموعة من المعايير ، والتي تقوم على طبقة المخدرات مع وجود أو عدم وجود مادة الاستخدام المرضية التي تسبب الفوضى .

وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال : ديكساميثازون) ، فإن رمز " مادة أخرى " ينبغي أن يستخدم ، وفي الحالات (التي هي عبارة عن مادة) فإن الحكم على أن تكون عاملا مسببا ولكن لفئة معينة من مادة غير معروفة ، أو فئة مادة مجهولة " ينبغي استخدامها .

وعند تسجيل اسم اضطراب ، مثل اضطراب تعاطي المخدرات المرضي (إن وجد) فيسرد أولا ، تليها كلمة " مع " ، يليه اسم الاكتئاب الناجم عن مادة الاضطراب ، تليها مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال التسمم ، أو مع بداية / أو أثناء الانسحاب) . على سبيل المثال : في حالة من أعراض الاكتئاب التي تحدث أثناء

الانسحاب من اضطراب شديد نتيجة تعاطي الكوكايين ، فإن التشخيص هو F14.24 لتعاطي الكوكايين مع اضطراب شديد يسببه الكوكايين ، أو اضطراب الاكتئاب ، مع بداية / أو أثناء الانسحاب . A المنفصل ، ولا يتم هنا إعطاء التشخيص المرضي الشديدة لاضطراب تعاطي الكوكايين . أما إذا كان ناجماً عن مادة تُحدث اضطراب الاكتئاب دون اضطراب تعاطي المخدرات المرضي (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، فيلاحظ وصف اضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : F16.94 اضطراب الاكتئاب ، مع بداية أثناء التسمم) التي يسببها فينسيكليدين . وعندما يتم الحكم على أكثر من مادة واحدة للعب دورا هاما في تطوير أعراض المزاج الاكتئابي ، فيجب أن يتم سرد كل على حدة (على سبيل المثال : اضطراب استخدام الميثيلفينيديت الشديد F15.24) .

الخصائص التشخيصية :

الميزات التشخيصية للمادة التي يسببها الدواء لاضطراب الاكتئاب / تشمل أعراض الاضطراب الاكتئابي ، كما ترتبط أعراض الاكتئاب مع ابتلاع الأدوية المؤثرة ، والحقن ، أو استنشاق مادة (على سبيل المثال : تعاطي المخدرات ، السم ، والأدوية العقلية ، والأدوية الأخرى) ، وقد تستمر أعراض الاكتئاب المتوقعة الناتجة عن الآثار الفسيولوجية ، مثل التسمم ، أو فترة الانسحاب ، والتي تتضح من التاريخ الطبي ، الفحص البدني ، أوالنتائج المختبرية .

وقد يحدث تطور اضطراب الاكتئاب ذات الصلة أثناء أو في غضون شهر واحد ، بعد استخدام مادة قادرة على إنتاج اضطراب الاكتئاب (AB) . وبالإضافة إلى ذلك ، لا يتم شرح التشخيص بشكل أفضل من خلال اضطراب الاكتئاب المستقل .

أما الأدلة على وجود اضطراب الاكتئاب المستقل فتشمل اضطراب الاكتئاب الذى يسبق ظهور الابتلاع أو الانسحاب من المادة المسببة للاضطراب ، والتى قد تستمر مع اضطراب الاكتئاب إلى ما بعد فترة طويلة من الوقت بعد توقف مضمون الاستخدام ، أما الأدلة الأخرى فتشير إلى وجود مادة غير مستقلة والتي يسببها الدواء لاضطراب الاكتئاب (C) . ولا ينبغي أن يتم هذا التشخيص إلا عندما تحدث تلك الأعراض حصرياً أثناء حالة الهذيان (D) .

أما الاضطراب المرتبط باستخدام المخدرات ، والتسمم ، فيجب أن يسبب الانسحاب ضيق سريري هام أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المجالات المهمة المؤهلة لهذا التشخيص (E) .

كما أن بعض الأدوية (مثل المنشطات ، لام دوبا ، والمضادات الحيوية ، وأدوية الجهاز العصبي المركزي ، أدوية العلاج الكيميائي ، وأدوية الجهاز المناعى) والتى يمكن أن تحدث اضطرابات المزاج الاكتئابي . ويعد الحكم السريري ضروري لتحديد ما إذا كان الدواء المستخدم يرتبط حقا فى إحداث اضطراب الاكتئاب ، أو ما إذا كان اضطراب الاكتئاب الرئيسي لا زال فى بدايته في حين تلقي الشخص العلاج .

على سبيل المثال : اكتئاب التي يتم تناولها ضمن أول عدة أسابيع من بداية استخدام ألفا الميثيل دوبا (الخافض للضغط) مع الفرد الذى ليس له تاريخ من الاضطراب الاكتئابى / أو يكون مؤهلاً لتشخيص التطبيب الناجم عن اضطراب الاكتئاب .

في بعض الحالات ، المحددة سابقا (على سبيل المثال : الاضطراب الاكتئابى ، المتكرر) يمكن أن تتكرر ، في حين يمكن للفرد - من قبيل الصدفة - أخذ دواء لديه القدرة على التسبب في أعراض الاكتئاب (على سبيل المثال : لام دوبا ، عن طريق الفم / أو وسائل منع الحمل) . وفي مثل هذه الحالات ، يجب على الطبيب إصدار حكم بشأن ما إذا كان هذا الدواء هو المسبب للمرض في هذه الحالة / أم لا .

ويجب التأكد من المادة التي يسببها دواء اضطراب الاكتئاب / فى علاقتها مع العوامل المرتبطة بتعاطي المخدرات ، كما يجب أن يكون هناك دليل من التاريخ ، والفحص البدني ، أو مع نتائج المختبرات جراء تعاطي المخدرات ، وسوء المعاملة والتسمم ، أو الناتجة عن الانسحاب قبل بداية اضطراب الاكتئاب . كما أن الانسحاب من بعض المواد يمكن أن يكون مطولاً بصورة نسبية ، وبالتالي فإن أعراض الاكتئاب الشديدة يمكن أن تستمر لفترة طويلة بعد التوقف عن تعاطي المخدرات .

معدل الانتشار Prevalende :

في السكان البالغين فى الولايات المتحدة يصل معدل الانتشار Prevalende مع عمر مادة التي يسببها دواء اضطراب الاكتئاب إلى ٠,٢٦ ٪ .

دورة النمو :

يرتبط اضـطراب الاكتئـاب مـع اسـتخدام مـادة (أي الكحـول والمخـدرات غـير المشروعة ، أو العلاج الموصوف لاضطراب عقلي أو حالة طبية أخرى) ويجب أن تكون بدايته مع استخدام الفرد لمادة أو أثناء الانسحاب منها .

وإذا كان هناك انسحاب متلازمـة مرتبطـة بـالجوهر : في معظـم الأحيـان ، يبـدأ اضطراب الاكتئـاب في غـضون الأسـابيع القليلـة الأولى أو في خـلال شـهر واحـد مـن استخدام المادة . وقد يتم التوقف مرة واحدة مـن الجـوهر ، وقـد يـتم تحويـل أعـراض الاكتئاب عادة في غضون أيام إلى عدة أسابيع ، وهذا يتوقـف علـى نـصف عمـر مـادة الدواء ، مع وجود متلازمة الانـسحاب . وإذااسـتمرت الأعـراض لمـدة أربـع أسـابيع خارج الوقت المتوقع للانسحاب من مادة معينة للدواء ، كمـا ينبغـى أسـباب النظـر في الأعراض الأخرى لاكتئاب المزاج .

وعلى الرغم مـن أن هنـاك عـدد قليـل مـن القواعـد المرتبطـة بدراسـة أعـراض الاكتئاب مع استخدام الدواء ، إلا أن معظم التقارير من الدراسات الأخـرى ، أو مـع تقارير الحالة ، التي ترى من الصعب تحديد العلاقة السببية بـين اسـتخدام مـادة الـدواء وأعراض الاكتئاب .

كما إن المتـورطين في الأدويـة الـتي يـسببها اضـطراب الاكتئـاب ، مـع درجـات متفاوتة من الأدلة ، والتي تشمل العوامـل المـضادة للفيروسـات (ايفـافيرنز) ، وأدويـة القلـب والأوعيـة الدمويـة مـع أدويـة (الكلونيـدين ، غوانيثيـدين ، ميثيـل دوبـا ، ريزيربين) ، ومـشتقات حمـض الريتينويـك (يـسوتريتينوين) ، ومـضادات الاكتئـاب ، ومضادات الاختلاج ، وأدوية مكافحة الصداع النصفي (أدوية التريبتان) ، ومـضادات الـذهان ، وكـلاء الهرمونيـة (القـشرية ، ووسـائل منـع الحمـل عـن طريـق الفـم ، gonadotropinreleasing من (منبهات الهرمون ، تاموكسيفين) ، والأدويـة المـسهمة في الإقلاع عـن التـدخين (فـارينيكلين) ، والأدويـة المناعيـة (مـضاد للفيروسـات) . ومـع ذلك ، لا تزال المواد الأخـرى المحتملـة للظهـور تجمـع بـين مركبـات جديـدة مـضادة للاضطراب ، وهناك تاريخ من تعاطي المخـدرات قـد يـساعد علـى زيـادة التـشخيص السليم .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : العوامل التي يبدو أنها تزيد من خطر مادة Medicationinduced المضادة لاضطراب الاكتئاب ، والتى تتعلق بنوع معين من المخدرات أو لمجموعة من الأفراد مع الكحول أو مع الاضطرابات الكامنة لتعاطي المخدرات . أما عوامل الخطر المشتركة لجميع الأدوية فتشمل تاريخ الاضطراب الاكتئابى ، وتاريخ الاكتئاب ، والضغوطات النفسية والاجتماعية .

البيئية : وهناك أيضاً مخاطر للعوامل المتعلقة بنوع معين من الدواء (على سبيل المثال : زيادة تنشيط الجهاز المناعى قبل العلاج من التهاب الكبد C والمرتبطة بدواء انترفيرون ، والاكتئاب الناجم عن استخدام عن ألفا١) [1] ؛ بجرعات عالية (أكبر من ٨٠ ملج أو بريدنيزون) كما تسهم فى حدوث اضطرابات الإكتئاب الستيروئيدات القشرية ، أو تركيزات البلازما العالية من ايفافيرنز ، وهرمون الاستروجين مع نسب عالية من محتويات البروجسترون في وسائل منع الحمل ، التى يتم تناولها عن طريق الفم .

المعدلات : تصل المعدلات في السكان البالغين فى الولايات المتحدة ، مقارنة مع الأفراد مع الاضطراب الاكتئابى ، الذين ليس لديهم اضطراب تعاطي المخدرات ، كما أن الأفراد الناجم عن مادة اضطراب الاكتئاب أكثر عرضة ليكونوا من الذكور ، والأكثر منهم من طلاب دبلوم المدرسة الثانوية ، ويفتقر إلى التأمين ، وإلى دخل الأسرة الأقل .

---

(١) ألفا١ أنتيتريبسين أو عوز مضاد التريبسين ألفا / Alpha-1 Antitrypsin Deficiency هو مرض وراثي يؤدي إلى عدم قيام الجسم بإنتاج كمية كافية من بروتين ألفا١ أنتيتريبسين الذي يحمي الرئتين مما قد يسبب في مشكلات في الرئتين والكبد , حيث يقوم الكبد عادة بصنع هذا البروتين وإطلاقه في مجرى الدم . وبسبب مشكلة جينية، يعجز بعض الأشخاص عن إنتاج هذا البروتين، أو ينتجون كمية قليلة منه. إن عدم وجود كمية كافية من ألفا ١ أنتيتريبسين يعرض الإنسان إلى خطر الإصابة بالنفاخ الرئوي أو بمشكلات كبدية. وإذا كان المرء مدخنا، فإن المخاطر لهذه الحالة تزداد .

كما أنهم أكثر عرضة لتقرير التاريخ العائلي (الوراثى) من اضطرابات تعاطي المخدرات ومع السلوك المعادي للمجتمع ، والذى يجب أن يستمر لمدة ١٢ شهرا من الأحداث المجهدة في الحياة ، وفقاً لمعايير DSM- RV للاضطراب الاكتئابى . وهم أكثر احتمالا للابلاغ عن مشاعر التفاهة ، والأرق ، وفرط النوم ، والأفكار من محاولات الموت و(إيذاء النفس المحرم شرعاً) ، ولكنهم أقل احتمالا للإبلاغ عن المزاج المكتئب وفقدان أو وفاة الوالدين من قبل بلوغ سن ١٨ عاما .

أخطار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

والناجم عن المخدرات أو يمثل المعاملة الناشئة التى تحدث تغير ملحوظ في الأفكار والسلوك من خط الأساس الرئيس ، وعادة ما يرتبط زمنيا مع بدء تناول مادة ، والتى يجب تمييزها عن الاضطرابات النفسية الأولية الأساس ، وذلك فيما يتعلق (إزهاق النفس المحرم شرعاً) مع المعاملة الناشئة المرتبطة بمضادات الاكتئاب ، والولايات المتحدة ، مع منظمة الغذاء والأدوية (FDA) للمشاركين في التجارب السريرية العشوائية لعدد (٣٧٢) مع الاضطرابات النفسية من المنخرطين بمضادات الاكتئاب .

وأظهرت التحليلات أنه عندما كان يتم تجميع البيانات في جميع الفئات العمرية من الكبار ، لم يكن هناك خطر متزايد ملموس من سلوك الانتحار ، أو التفكير فيه . ومع ذلك ، فإن تحليلات طبقية العمر ، كانت مرتفعة المخاطر بالنسبة للمرضى الذين تتراوح أعمارهم (١٨-٢٤ سنة) وإن كان بشكل غير ملحوظ (نسبة الأرجحية [أو] = ١,٥٥ ، فاصل الثقة ٩٥٪ = ٠ ،٩١-٢ ، ٧٠) .

كما كشفت إدارة الأغذية والأدوية / التحليلات التى تثبت المخاطر المطلقة للانتحار في المرضى الذين يتناولون مضادات الاكتئاب كنتيجة للفحص من ٠,٠١ ٪ . وهو ما دفع إدارة الأغذية والعقاقير لإصدار تحذير موسع (الصندوق الأسود في عام ٢٠٠٧) فيما يتعلق بأهمية الرصد الدقيق من المعاملة الناشئة التفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) لدى المرضى الذين يتلقون مضادات الاكتئاب .

التشخيص التفاضلي :

تسمم المخدرات والانسحاب . تحدث أعراض الاكتئاب الشائعة من جوهر الانسحاب من المخدرات ، أما تشخيص المواد المحددة المسهمة فى التسمم أو الانسحاب فعادة ما يكتفي بتصنيف الأعراض .

ووفقاً للمعيار (A) ينبغي بذل التشخيص الناجم عن مادة اضطراب الاكتئاب بدلا من تشخيص التسمم بمادة ، أو بمادة الانسحاب مع أعراض المزاج الشديدة ، والتى تستوفى تبرير الاهتمام السريري المستقل ، على سبيل المثال : انزعاج المزاج وهو سمة من سمات الانسحاب من الكوكايين ، والتى يسببها الدواء ، وينبغي تشخيص اضطراب الاكتئاب بدلا من انسحاب الكوكايين/إلا إذا كان مزاج الاضطراب أكثر كثافة إلى حد كبير أو أطول أمدا مما هو يتم مواجهته عادة مع انسحاب الكوكايين والذى قد يكون شديداً بما فيه الكفاية ليتم التركيز عليه بصورة منفصلة من الاهتمام والعلاج .

اضطراب الاكتئاب الرئيس : اضطراب الاكتئاب الناجم عن مادة التطبيب ، يشكل اضطراب الاكتئاب الرئيس من حقيقة أن المادة يتم الحكم عليها لتكون ذات صلة بالأعراض ، كما هو موضح سابقا .

اضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية أخرى : الأفراد مع غير تلك الظروف الطبية غالبا ما يأخذوا أدوية لتلك الظروف ، ويجب على الطبيب النظر في احتمال أن تلك الأعراض قد تسبب تقلبات المزاج ، مع العواقب الطبية الفسيولوجية للحالة الناتجة عن الدواء ، وفي هذه الحالة فإن اضطراب الاكتئاب بسبب آخر قد يتم تشخيصه كحالة طبية .

وفي بعض الأحيان ، قد يتم تغيير في علاج الحالة الطبية (على سبيل المثال : استبدال الدواء أو التوقف عنه) وقد تكون هناك حاجة لتحديد ما إذا كان الدواء التجريبي هو العامل المسبب . وإذا كان الطبيب قد تأكد بأن الاضطرابات هي وظيفة فعالة مسهمة فى حالة طبية أخرى ، مع استخدام مادة أو الانسحاب منها ، وسواء كانت التشخيصات (اضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية أخرى / أو بالمادة التي يسببها دواء اضطراب الاكتئاب) .

وعندما تكون هناك أدلة كافية لتحديد ما إذا كان الاكتئاب يرتبط بالأعراض مع مادة (بما في ذلك الدواء) - ابتلاع أو انسحاب - أو مع حالة طبية أولية أخرى (أي

لا يتصل بوظيفة مادة أو نتيجة حالة طبية أخرى) ، والـذى يـتم تشخيـصه باضـطراب الاكتئاب الآخر المحدد / أو سيتم بالإشارة إلى اضطراب الاكتئاب غير المحدد .

الاعتلال المشترك :

مقارنة مع الأفراد الذين يعانون من الاضـطراب الاكتئـابى مـع أي مـادة مرضـية مسهمه فى الاضطراب ، مع تلك المادة التي يسببها الدواء لاضطراب الاكتئاب لـديهم . وتلك الفئة هى الأعلى فى معدلات الاعتلال المشترك مـع أي اضـطراب عقلـي DSM-IV ، وهم أكثر عرضة للإصابة بالإضطرابات المحددة DSM-IV مثل : المقامرة المرضية واضطراب جنون العظمة ، واضطرابات المعـادي للمجتمـع والـذين هـم أقـل عرضـة للإصابة المستمرة باضطراب الاكتئاب (اكتئاب) .

المقارنة بين الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابى وبين اضطراب تعـاطي المخدرات المرضي / مع الأفـراد الـذين يتعرضـون لاضـطراب الاكتئـاب الـذى يـسببه الدواء ، هم أكثر احتمالاً مع اضطراب تعاطي الكحول ، أي مع اضـطراب اسـتخدام مادة أخرى ، أو مع اضطراب الشخصية المتكلفة والـذين هـم أقـل عرضـة لاضـطراب الاكتئاب المستمر .

اضطراب الاكتئاب :

معايير التشخيص :

A . فترة بارزة ومستمرة من المزاج المكتئب أو الفائدة التى تضاءلت بـشكل ملحـوظ أو فقد المتعة في كل شيء ، أو تقريبا كل الأنشطة التي تسود في الصورة السريرية .

B . هناك أدلة من التاريخ ، والفحـص البـدني ، أو النتـائج المخبريـة أن الاضـطرابات المرضية في جسـم المريض هو نتيجة مباشرة لحالة طبية أخرى .

C . لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال اضـطراب عقلـي آخـر (علـى سـبيل المثـال : اضطراب التكيف ، مع المزاج المكتئب ، والذي قد يحـول الـضغوطات إلى حالـة طبية خطيرة) .

D . لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير هذيان . كما يسبب الاضطراب ضائقة مهمة سريريا أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامـة مـن الأداء .

ملاحظة الترميز : رمز ICD-9-CM لاضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية أخرى ، والذي تم تعيينه بغض النظر عن محدد . رمز ICD-10-CM (انظر أدناه) .

تحديد ما إذا :

(F06.31) مع ميزات الاكتئاب : ما لم يتم الوفاء بالمعايير الكاملة لاكتئابي الحلقة . (F06.32) Witli' اضطرابات الاكتئاب الكبرى : ويتم استيفاء المعايير الكاملة (باستثناء المعيار C) لنوبة اكتئاب كبرى . (F06.34) مع ميزات مختلطة : مثل أعراض الهوس أو الهوس الخفيف الموجود أيضاً ، ولكن لا يسود في الصورة السريرية .

ملاحظة الترميز : ويشمل اسم حالة طبية أخرى ، مع اسم الاضطراب العقلي (على سبيل المثال : [F06.31] اضطراب الاكتئاب بسبب الغدة الدرقية ، مع ميزات الاكتئاب) . كما ينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى ، وسرد كل اضطراب على حدة قبل كتابة اضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية (على سبيل المثال : [E03.9] الغدة الدرقية ؛ [F06.31] اضطراب الاكتئاب بسبب الغدة الدرقية ، مع ميزات الاكتئاب) .

الخصائص التشخيصية :

الميزة الأساس من اضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية أخرى غير بارزة ، مع فترة استمرار المزاج المكتئب أو الفائدة التى تتناقص بشكل ملحوظ أو فقد المتعة في كل شيء ، أو تقريبا كل الأنشطة التي تسود في الصورة السريرية (A) والتي يعتقد أن لها صلة بالآثار الفسيولوجية مباشرة نتيجة لحالة طبية أخرى (B) .

وفي تحديد ما إذا كان اضطراب المزاج بسبب حالة طبية عامة ، ويجب على الطبيب رصد بداية وجود حالة طبية عامة . وعلاوة على ذلك ، يجب على الطبيب إثبات أن اضطراب المزاج هو ذات الصلة بحالة طبية عامة من خلال آلية فسيولوجية ، كما يجب عمل تقييم شامل للعوامل المتعددة كأمر ضروري لاتخاذ هذا التشخيص ، والاعتبار الثاني هو وجود ميزات شاذة من اضطرابات المزاج الابتدائي (على سبيل المثال : في بداية سن ظهور هذا الشذوذ أو دورة فى غياب التاريخ العائلي) . كما أيدت الأدلة من الأدبيات الطبية والسريرية ، والتي تشير إلى أنه يمكن أن يكون هناك ارتباط مباشر بين الحالة الطبية العامة / وبين تنمية أعراض المزاج ، والتى يمكن أن توفر سياقا مفيداً في تقييم حالة معينة .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

المسببات (أي وجود علاقة سببية لحالة طبية أخرى استنادا إلى أفضل الأدلة السريرية) هو متغير رئيس في اضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية أخرى . أما القائمة من الظروف الطبية التي قد تكون قادرة على إحداث الاكتئاب الرئيس ، وهو ما يرتبط على حكم الطبيب الناتج عن جوهر هذا التشخيص .

كما يرتبط الاكتئاب بالتشريح العصبي ، ويرتبط الاكتئاب كذلك مع السكتة الدماغية ، ومع مرض هنتنجغتون ومرض باركنسون ، وإصابات في الدماغ .

فى حين يعد الشرط الهرموني العصبي الأكثر ارتباطا مع الاكتئاب / بالتوازى مع مرض كوشينغ ووالغدة الدرقية . وهناك العديد من الشروط الأخرى التى يعتقد أنها تترافق مع الذين يعانون من الاكتئاب ، مثل التصلب المتعدد ، ومع ذلك ، تجمع الأدبيات المتخصصة بأن الأسباب المجمعة الأكبر ترجح ارتباط الاكتئاب مع كل من : مرض باركنسون ومرض هنتنجتون ، كأكثر من غيرهم .

تنمية ودورة :

تُسهم السكتة الدماغية فى ظهور الاكتئاب الحاد كاحتمال قائماً ، والذى يحدث في حدود (يوم واحد) إلى بضعة أيام من وقوع الحادث الدماغي (CVA) . ومع ذلك ، ففي بعض الحالات ، وقد يستمر الاكتئاب في أكبر سلسلة من أسابيع إلى أشهر بعد CVA .

أما مدة حلقة الاكتئاب الناتجة عن السكتة الدماغية الرئيسة التالية فتستمر من (٩-١١ أشهر) فى المتوسط . وبالمثل يأتى تأثير مرض هنتنجتون على الاكتئاب في وقت مبكر جدا من مسار المرض ، وغالبا ما ما يسبقه العاهات الحركية الكبرى والإدراكية المرتبطة بكل حالة .

أما العوامل المنذرة بمخاطر بداية حادة من الاضطراب الاكتئابى بعد CVA (فتظهر في حدود يوم واحد إلى أسبوع من الحدث) لتكون مرتبطة بقوة مع أكبر أخطار السكتات الدماغية ذات الصلة بالفص الجبهي الأيسر ، وذلك لدى الأفراد الذين يتعرضون للسكتة الدماغية في غضون أيام من حدوثها ، وذلك بالتعاون مع المناطق الجبهية ، كما لوحظ بأن الاكتئاب قد يحدث في الأشهر من (٢-٦ شهور) التالية للسكتة الدماغية .

قضايا التشخيص المتعلقة بنوع الجنس :

الفروق بين الجنسين تتعلق بتلك المرتبطة بحالة طبية (على سبيل المثال : الذئبة الحمامية وهي الأكثر شيوعا في الإناث ؛ أما السكتة الدماغية فهي إلى حد ما أكثر شيوعا في الذكور في منتصف العمر مقارنة مع الإناث) .

وتتعلق علامات التشخيص بتلك المرتبطة بحالة طبية (على سبيل المثال : مستويات الستيرويد في الدم أو البول للمساعدة في تأكيد تشخيص داء كوشينج [1] ، والذي يمكن يترافق مع أعراض الهوس الاكتئابي) .

خطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

لا توجد دراسات وبائية يمكن أن تقدم دليلا للتمييز بين خطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) من نوبة اكتئاب كبرى بسبب حالة طبية أخرى مقارنة مع خطر من نوبة اكتئاب كبرى . وبشكل عام هناك تقارير حالة من حالات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) تجرى بالتعاون مع نوبات الاكتئاب الكبرى المرتبطة بحالة طبية أخرى .

وهناك علاقة واضحة بين الأمراض صحية الخطيرة وبين (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، ولا سيما بعد فترة وجيزة من بداية تشخيص المرض .

وبالتالي ، سيكون من الحكمة أن نفترض أن خطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) لنوبات الاكتئاب الكبرى يرتبطة بالظروف الطبية كشكل من الأشكال الأخرى لنوبة اكتئاب كبرى ، والتي ربما تكون أكبر .

أما العواقب الوظيفية من اضطراب الاكتئاب فتتعلق بشكل عام بحالة طبية ، ولكن لم يثبت أن حلقة الاكتئابي الناجمة عن مرض كوشينج لا تتكرر ، إلا إذا تم علاج مرض كوشينج .

---

(١) مرض كوشينغ أو داء كوشينغ Cushing's Syndrome هو سبب متلازمة كوشينغ يوصف هذا المرض بزيادة إفراز هرمون قشر الكظر (ACTH) من الفص الأمامي للغدة النخامية، وتحدث الأعراض نتيجة تعرض الجسم لمستويات مرتفعة من الكورتيزول ، وينتشر بين النساء خمسة أضعاف ما بين الرجال ، ويصيب الأعمار ما بين ٢٠-٥٠ عاماً.

كما لم يثبت ، أن متلازمات المزاج ، بما في ذلك الاكتئاب والهوس Hypomanie قد تكون عرضية (أي متكررة) في بعض الأفراد الذين يعانون من إصابات الدماغ ، وغيرها من أمراض الجهاز العصبي المركزي .

التشخيص التفاضلي :

اضطرابات الاكتئاب غير المسببة بحالة طبية أخرى : تحديد ما إذا كان الحالة الطبية المصاحبة لاضطراب الاكتئاب يعتمد على :

أ) عدم وجود حلقة من نوبات اكتئاب قبل بداية الشرط الطبي .

ب) احتمال أن الحالة الطبية المرتبطة بها لديها إمكانات لتعزيز أو التسبب في اضطراب الاكتئاب .

ج) ظهور دورة من أعراض الاكتئاب بصورة منظمة نتيجة تفاقم حالة طبية ، وخاصة إذا كانت الأعراض الاكتئابية يتم التعامل معها كاضطراب طبي على نحو فعال .

اضطراب الاكتئاب الناجم عن الدواء : تحذير هام وهو أن بعض الحالات الطبية التي يتم التعامل معها بالأدوية (مثل المنشطات أو ألفا أنترفيرون) يُمكن أن تحدث الاكتئاب أو أعراض الهوس .

وفي هذه الحالات ، فإن الحكم السريري ، يستند على جميع الأدلة التي في متناول اليد (المتاحة) ، هو أفضل وسيلة لمحاولة فصل العامل الأرجح أو الأهم من اثنين من العوامل المسببة (أي ، بالتعاون مع حالة طبية ، مقابل المتلازمة الناجمة عن مادة) .

اضطرابات التكيف : من المهم أن نفرق بين اضطراب اكتئاب ، وبين بداية حالة طبية ناتجة عن الضغوطات الحياتية التي يمكن أن تجلب أي من : اضطراب التكيف / أو حلقة من الاكتئاب الشديد .

كما ينبغي التفريق الرئيس بين عناصر معدل انتشار صورة الاكتئاب ، وبين عدد ونوعية أعراض الاكتئاب ، وتوضح تقارير المريض الذاتية المعتمدة على فحص الحالة العقلية ، وعلى التشخيص التفريقي للظروف الطبية المرتبطة بها ، وهو ذات الصلة – إلى حد كبير – خارج نطاق الدليل الحالي DSM-5.

الاعتلال المشترك :

الظروف المرضية من اضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية أخرى ، هي ذات الصلة المسببة بتلك الحالات الطبية . وقد لوحظ أن الهذيان يمكن أن يحدث (قبل / أو جنبا إلى جنب) مع أعراض الاكتئاب لدى الأفراد مع مجموعة متنوعة من الحالات الطبية مثل مرض كوشينج ، كما ترتبط أعراض الاكتئاب بأعراض القلق ، وهو أمر شائع في الاضطرابات الاكتئابية ، بغض النظر عن المسببات .

اضطراب الاكتئاب الأخرى محدد (F32.8) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للاكتئاب مع الفوضى ، والتي تسبب ضيق هام سريري أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو في مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات الاكتئاب من فئة التشخيص .

ويستخدم الاكتئاب فئة الاضطرابات المحددة الأخرى في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم التواصل لسبب محدد ، أو أن العرض لا يلبي معايير محددة لاضطراب الاكتئاب . يتم ذلك من خلال تسجيل "اضطرابات الاكتئاب الأخرى المحددة " متبوعة بسبب محدد (على سبيل المثال : "مدة اكتئاب قصيرة ") .

أمثلة من العروض التي يمكن استخدامها " بالأخرى المحددة " وتشمل ما يلي :-

١. الاكتئاب الوجيز المتكرر : الوجود المتزامن لاعتلال الحالة المزاجية / يتضمن على الأقل أربعة أعراض أخرى من الاكتئاب لمدة (٢-١٣ يوم) لمرة واحدة في الشهر على الأقل (ولا ترتبط مع الدورة الشهرية) لمدة ١٢ شهرا متتالية على الأقل في الفرد ، وذلك للعرض الذي لم يجتمع قط لأي معايير اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب أو غيرها الحالي ، والذى لا يلبي المعايير النشطة أو المتبقية عن أي اضطراب ذهاني .

٢. مدة الاكتئاب القصير لمدة (٤-١٣ يوم) : والذى يشتمل على أربعة على الأقل من ثمانية أعراض أخرى لنوبة الاكتئاب الكبرى المرتبطة سريريا باستغاثة بالغة أو باعتلال يستمر لأكثر من (٤ أيام) ولكن أقل من ١٤ يوما ، في الفرد الذي لم يجتمع قط لأي من معايير الاكتئاب الأخرى أو عروض الاضطراب الثنائي

القطب ، لا يفي حاليا المعايير النشطة أو المتبقية عن أي اضطراب ذهاني ، ولا يستوفي معايير الاكتئاب الوجيزة المتكررة .

٣. اكتئاب مع أعراض عدم الكفاية : يؤثر الاكتئاب على واحد على الأقل من ثمانية أعراض لنوبة الاكتئاب الكبرى المرتبطة سريرياً باستغاثة بالغة ، أو باعتلال يستمر لمدة أسبوعين على الأقل في الفرد للعرض الذي لم يجتمع قط لأي من معايير اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب أومع غيرها ، مما لا يلبي حاليا المعايير النشطة أو المتبقية عن أي اضطراب ذهاني ، ولا يلبي معايير القلق المختلط أو أعراض اضطراب الاكتئاب .

اضطراب الاكتئاب غير المحدد (F32.9) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب الاكتئاب السريري الذى يسبب استغاثة بالغة أو اعتلال في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المهام فى مجالات العمل التى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات فئة تشخيص الاكتئاب ، وغير المحددة لفئة اضطراب الاكتئاب والمستخدم في الحالات التي لا يختار الطبيب فيها تحديد سبب المعايير التى لم يتم فيها الوفاء باضطراب الاكتئاب المحدد ، ويشمل عروضا غير كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

محددات اضطرابات الاكتئاب :

تحديد ما إذا : -

مع الضائقة حريصة : يعرف الشدة وحرصا عن وجود اثنين على الأقل من الأعراض التالية خلال معظم أيام من حلقة اكتئابي أو اضطراب الاكتئاب الثابتة (اكتئاب) : -

١. شعور مرتبط بأعلى وتيرة ، أو متوترة .
٢. شعور لا يهدأ على نحو غير عادي .
٣. صعوبة في التركيز بسبب القلق .
٤. الخوف من أن شيئا مروعا قد يحدث .
٥. شعور بأن الفرد بأنه قد يفقد السيطرة على (نفسه / أو نفسها) .

تحديد شدة الحالة : اثنان من الأعراض .

١. معتدل : ثلاثة الأعراض .
٢. معتدل ، شديد : أربعة أو خمسة أعراض .
٣. شديد : أربعة أو خمسة أعراض ومع الإثارة الحركية .

ملاحظة : لوحظ الضيق كسمة بارزة من اضطراب كلا القطبين واضطرابات الاكتئاب الكبرى في كل من إعدادات الرعاية الصحية الأولية ، والصحة النفسية التخصصية ، والتى ارتبطت مع ارتفاع مستويات القلق مع ارتفاع خطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، مع مدة أطول من المرض ، وزيادة احتمال عدم الاستجابة للعلاج . ونتيجة لذلك ، فإنه من المفيد سريريا ، تحديد بدقة مستويات الشدة كمتطلب للعلاج ، ورصد الاستجابة للعلاج .

الخصائص المختلطة :

A. لا يقل عن ثلاثة من أعراض الهوس الخفيف الهوس التالية موجودة تقريبا في كل يوم خلال معظم أيام من نوبة اكتئاب كبري : -

١. المزاج مرتفع ، أو توسعي .
٢. تضخم تقدير الذات أو العظمة .
٣. أكثر حميمية من المعتاد أو الضغط على مواصلة المحادثات .
٤. هروب الأفكار أو تجربة ذاتية مع تسابق الأفكار .
٥. زيادة في الطاقة أو النشاط الموجه الهادف (سواء اجتماعيا أو في العمل أو المدرسة ، أو عن طريق الاتصال الجنسي) .
٦. زيادة أو تورط مفرط في الأنشطة التي لها قدرة عالية على إحداث عواقب مؤلمة (على سبيل المثال : الانخراط في المرح ، شراء منفلت ، طيش جنسي ، استثمارات تجارية تتسم بالحماقة) .
٧. انخفاض الحاجة الى النوم (على الرغم من الشعور بالنوم الأقل من المعتاد ، والذى يتناقض مع الإحساس بالأرق) .

B . أعراض مختلطة يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين ، والتى تمثل تغييرا فى سلوك الشخص المعتاد .

C . بالنسبة للأفراد الذين يستوفون المعايير الكاملة لأي من الهوس أو أعراض الهوس الخفيف ، فيجب أن يكون التشخيص ثنائي القطب (1) ، أو اضطراب ثنائي القطب (2) .

D . لا تعزى الأعراض المختلطة إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (على سبيل المثال : نتيجة تناول دواء أو علاج آخر) .

ملاحظة : تم العثور على الخصائص المشتركة المرتبطة مع حلقة الاكتئابي ، والتى قد تكون عامل خطر كبير لتطوير اضطراب ثنائي القطب I أو اضطراب ثنائي القطب الثاني . ونتيجة لذلك ، فإنه من المفيد أن يتم ملاحظته سريريا مع وجود هذه المحددات ، بهدف تلقي العلاج ، وتخطيط ورصد مدى الاستجابة للعلاج .

مع ميزات السوداوي : -

A. من التالي الموجودا خلال الفترة الأشد من الحلقة الحالية : -

- فقدان المتعة في كل شيء ، أو تقريبا كل والأنشطة .
- عدم وجود تفاعل للمؤثرات التى عادة ما تكون ممتعة (لا يشعر بأنه على نحو أفضل ، ولا حتى مؤقتا ، عندما يكون هناك شيء جيد يحدث) .

B. ثلاثة (أو أكثر) من التالي : -

١. نوعية متميزة من المزاج المكتئب التي تتميز باليأس العميق ، اليأس ، والكآبة أو عن طريق ما يسمى المزاج فارغة .
٢. الاكتئاب الذي هو الأسوأ بانتظام في الصباح .
٣. لصحوة في الصباح الباكر (أي قبل ساعتين على الأقل من ميعاد الصحوة المعتاد) .
٤. تميز الانفعالات الحركية أو التخلف .
٥. فقدان الشهية أو فقدان الوزن كبيرة .
٦. تفريط لا يتناسب مع اقترافه من ذنب .

ملاحظة : محددة " مع ميزات السوداوي " ويطبق في حالة وجود هذه الخصائص في مرحلة أشد من الحلقة . وهناك غياب شبه كامل للقدرة على المتعة ، وليس مجرد انتقاصها .

والمبدأ التوجيهي لتقييم عدم وجود تفاعل المزاج مع الأحداث المطلوبة للغاية ، والتى لا ترتبط مع وضع علامة إشراق المزاج . فالمزاج لا يسطع بصورة كاملة ، أو أنه يضيء جزئيا فقط (على سبيل المثال : تصل النسبة من ٢٠ - ٣٠٪ من حالة المزاج الطبيعي لدقائق فقط في كل مرة) .

أما "النوعية المتميزة " من المزاج فهى سمة مميزة للمزاج " مع ميزات السوداوي" المحدد ، والمختلف بصورة نوعية عن ما يتم خلال نوبة اكتئاب . ويوصف اكتئاب المزاج بأنه مجرد أكثر شدة وأطول أمدا ، أو حاضر دون سبب / دون تميز في جودته ، أما التغيرات الحركية فهي الدائمة تقريبا ، ويمكن ملاحظتها من قبل الآخرين .

ولا تحمل ميزات الحزن سوى الميل المتواضع لتكراره عبر الحلقات في نفس الشخص ، وهي الأكثر شيوعا في المرضى المنومين ، بدلا من العيادات الخارجية ؛ والتى هي أقل احتمالا أن يحدث بصورة أكثر اعتدالا مما كان عليه في نوبات الاكتئاب الكبرى الأكثر شدة ، ومن المرجح أن يحدث مع ميزات ذهانية .

مع ميزات شاذة : هذا محدد يمكن تطبيقه عندما تسود هذه الخصائص ، خلال معظم أيام من نوبة اكتئاب كبرى ، أو خلال فترة اضطراب الاكتئاب المستمرة .

A . المزاج التفاعل (أي يضيء المزاج ردا على الإيجابية الفعلية أو المحتملة الأحداث) .

B . اثنين (أو أكثر) من التالي : -

١.زيادة الوزن كبيرة أو زيادة في الشهية .

٢. فرط النوم .

٣. الشلل رصاصية (أي الثقيلة ، والمشاعر رصاصية في الذراعين أو الساقين) .

٤. وثمة نمط طويل الأمد من حساسية رفض التعامل مع الآخرين (لا تقتصر على الحلقات اضطراب المزاج) الذي ينتج في الاختلال الاجتماعى أو المهني كبيرة .

لم يتم الوفاء C . معايير " مع ميزات الحزينة " أو " مع جامود " خلال نفس الحلقة .

ملاحظة : " الاكتئاب الشاذ " له أهمية تاريخية (أي شاذة ، حيث يتناقض مع العروض الكلاسيكية لعروض المهتاج "الذاتية " ونادراً ما تم تشخيص الاكتئاب في

العيادات الخارجية والتى تبدا تقريبا في المراهقين أو البالغين الأصغر سنا) ومن غير المألوف أو بصورة سريرية غير عادية .

يشير المزاج المتفاعل إلى القدرة على التفاعل مع الأحداث الإيجابية (على سبيل المثال : مشاركة الآخرين فى أحزانهم وأفراحهم) . وقد يستمر المزاج (غير الحزين) لفترات طويلة من الزمن إذا بقيت الظروف الخارجية مواتية .

ويتجلى " الاكتئاب الشاذ " من خلال زيادة الشهية الواضحة في كمية الغذاء أو عن طريق زيادة الوزن ، ويمكن أن يشمل فرط النوم إما لفترة طويلة من النوم ليلا / أو مع القيلولة أثناء النهار، والذى يبلغ على الأقل عشر ساعات من النوم يوميا (أو ساعتين على الأقل أكثر من الاكتئاب .

ويتم تعريف الشلل الرصاصي كما الشعور الثقيل الرصاصي ، والذى يحدث عادة في الذراعين أو الساقين ، وهذا الإحساس موجود عموما فيما لا يقل عن ساعة يوميا ، والذى قد يستمر في كثير من الأحيان لعدة ساعات في كل مرة .

وخلافا لغيرها من الميزات الشاذة ، والحساسية المرضية ، والتى ينظر إليها فى رفض التعامل مع الآخرين كسمة مستمرة مع بداية مبكرة ، والتى قد تمتد طوال أكثر حياة الكبار . وتحدث حساسية الرفض بصورة سواء ، حتى حين يكون الفرد غير مكتئب ، وذلك على الرغم من أنها يمكن أن تتفاقم خلال فترات الاكتئاب .

مع ميزات ذهانية : والمتضمنة مع الأوهام أو الهلوسة الموجودة .

مع ميزات المزاج الذهاني المنسجم : مع محتويات الأوهام والهلوسة، والتى تتسق مع موضوعات الاكتئاب النموذجي من عدم الكفاية الشخصية ، والشعور بالذنب ، والمرض ، والموت ، العدمي .

مع ميزات غير منسجمة مع المزاج الذهاني : لا تنطوي مضمون الأوهام أو الهلوسة على موضوعات الاكتئاب النموذجية من عدم كفاية الشخصية ، والشعور بالذنب ، والمرض ، والموت ، أو استحقاق العقاب ، أو المحتوى كخليط من المواضيع المزاجية التى تتعارض مع المزاج المتطابق .

مع جامود : يمكن للجامود المحدد أن ينطبق على حلقة من الاكتئاب المشلول ، مع الخصائص الموجودة خلال معظم الحلقة ، / انظر معايير الجامود المرتبطة مع

اضطراب عقلي (للحصول على وصف جامود ، انظر فصل الفصام واضطرابات طيف الذهانية الأخرى) .

مع بداية الفترة المحيطة بالولادة : ويمكن تطبيقه على وفقاً للمعايير الكاملة التى لم تتحقق حاليا لحلقة اكتئابي ، أو تسود مع معظم الحلقة الأخيرة من الاكتئاب الشديد ، أما ظهور أعراض المزاج فيحدث أثناء الحمل أو في الأسابيع الأربعة التالية .

ملاحظة : يمكن أن تكون بداية حلقة المزاج إما أثناء الحمل أو بعد الولادة .

وعلى الرغم من أن التقديرات تختلف وفقا لفترة المتابعة بعد الولادة ، والتى تتضح ما بين ٣ ٪ و٦ ٪ من النساء اللائى يعانين من ظهور حلقة اكتئابي خلال فترة الحمل ، أو في الأسابيع أو الأشهر التالية للولادة . كما توجد خمسين في المئة من "ما بعد الولادة" يعانين من نوبات الاكتئاب الكبرى ، وبالتالي ، يشار إلى هذه الحلقات المجتمعة باسم حلقة الفترة المحيطة بالولادة .

أما النساء بعد الولادة ، مع نوبات الاكتئاب الكبرى ، واللائى ما يتعرضن غالبا للقلق الشديد ، والهلع ، وقد أثبتت الدراسات المستقبلية أن أعراض اضطراب المزاج والقلق ، والذى يظهر خلال فترة الحمل ، وكذلك مع الحلقة الرئيسة من "الكآبة النفسية" ، والتى تُسهم فى زيادة خطر ما بعد الولادة .

يمكن للحلقات المحيطة بفترة بالولادة ، بأن يتم معها ظهور اضطراب المزاج مع تقديم إما مع أو بدون خصائص ذهانية ، والذى ما يرتبط غالبا مع نوبات ذهانية ما بعد الولادة ، والتي تتميز بها الهلوسة والأوهام ، والذى يمكن أن يحدث أيضاً بعد الولادة مع الأعراض الذهانية الشديدة .

بعد الولادة تظهر حلقات المزاج (الاكتئاب أو الهوس الكبرى) مع ميزات ذهانية ، والتى يبدو أنها تحدث بنسب من ١ في ٥٠٠-١ في ١ ،٠٠٠ ، وربما تكون أكثر شيوعا في النساء (عقب وضع الطفل الأول) .

أما أخطر حلقات ما بعد الولادة مع ميزات ذهانية / فيتمثل فى زيادة خاصة بالنسبة للنساء بعد الولادة مع حلقات المزاج المرتفعة بالنسبة لأولئك الذين لديهم تاريخ مسبق من اضطراب الاكتئاب أو ثنائي القطب (وخاصة اضطراب ثنائي القطب I) وخاصة للذين لديهم تاريخ عائلي (وراثى) مع اضطرابات القطبين .

وقد تحدث حلقة واحدة بعد الولادة مع ميزات ذهانية ، مع خطر تكرار حلقة لاحقة بنسب ما بين ٣٠ ٪ و٥٠ ٪ . بعد الولادة ، ويجب التفريق بين حلقة من الهذيان التي تحدث في فترة ما بعد الولادة ، والتي تتميز بمستوى تذبذب الوعي أو الاهتمام .

وتعد مرحلة ما بعد الولادة هي الفترة الفريدة من نوعها فيما يتعلق بدرجة من التعديلات الهرمونية العصبية ، والتعديلات النفسية والاجتماعية ، والتأثير المحتمل للرضاعة الطبيعية - بالثدي - وآثار ذلك العلاج على المدى الطويل من تاريخ من اضطراب المزاج بعد الولادة .

مع النمط الموسمي : وهذا ينطبق بصورة محددة ومتكررة مع الاضطراب الاكتئابي (A) . وهناك علاقة زمنية منتظمة بين بداية اكتئابي الحلقات في الاضطراب الاكتئابي / وبين وقت معين من السنة (على سبيل المثال ، في الخريف أو الشتاء) .

ملاحظة : لا تشمل الحالات التي يكون فيها تأثير واضح ذات الصلة موسميا بالضغوطات النفسية (على سبيل المثال : يجري بانتظام فى العمل في كل شتاء) .

B . الهجوع الكامل (أو تغيير من الاكتئاب الشديد الذى يتحول من هوس شديد / إلى هوس خفيف) والذى يحدث أيضاً في وقت مميز من السنة (على سبيل المثال : الاكتئاب يختفي في الربيع) .

C . في السنوات الأخيرة : يشترط وقوع اثنين من نوبات الاكتئاب الكبرى التي تبرهن على العلاقات الموسمية الزمنية المحددة (أعلاه) ، مع حدوث حلقات اكتئابية لا فصلية خلال الفترة نفسها .

D . النوبات الكبرى الموسمية للاكتئاب (كما هو موضح أعلاه) يفوق عدد الحلقات الاكتئابية اللا فصلية ، والتى قد تكون وقعت خلال عمر الفرد .

ملاحظة : يصنف المحدد "مع النمط الموسمي" ويمكن تطبيقها على نمط اكتئابي الحلقات في الاضطراب الاكتئابي المتكرر . أما الميزة الأساس فهي بداية لمغفرة من نوبات اكتئاب رئيسة في أوقات مميزة من السنة .

وفي معظم الحالات ، تبدأ الحلقات في الخريف أو الشتاء ووتصبح أقل شيوعا في فصل الربيع ، وقد تكون هناك نوبات من الاكتئاب المتكرر صيفاً ، وهذا النمط من

بداية المغفرة من الحلقات يجب حدوثها خلال فترة لا تقل عن سنتين ، دون أي حلقات فصلية ، والتي تحدث خلال هذه الفترة .

وبالإضافة إلى ذلك ، يجب أن يفوق عدد الحلقات الاكتئاب الموسمي ، أي عدد نوبات الاكتئاب اللا فصلية بشكل كبير خلال عمر الفرد .

لا ينطبق هذا التشخيص المحدد لتلك الحالات التي يترافق فيها مع نمط أفضل وأوضح من الضغوطات النفسية والاجتماعية المرتبطة موسميا (على سبيل المثال : البطالة الموسمية أو الجدول المدرسي) .

وتحدث نوبات الاكتئاب الكبرى بنمط موسمي ، وغالبا ما تتميز بالطاقة البارزة ، وبفرط النوم ، والإفراط في تناول الطعام ، وزيادة الوزن ، وشغف للكربوهيدرات .

ومن غير الواضح ما إذا كان النمط موسمي هو أكثر احتمالا مع الاضطراب الاكتئابي المتكرر ، أو في اضطرابات القطبين . ومع ذلك ، فإن مجموعة اضطرابات القطبين ، وهو نمط موسمي - يبدو على الأرجح - مع اضطراب ثنائي القطب الثاني ، وفي بعض الأفراد ، ترتبط نوبات الهوس Hypomanie ويمكن أيضاً أن تكون مرتبطة بموسم معين .

معدل الانتشار Prevalende من نوع النمط الموسمي (فى الشتاء) يختلف مع خط العرض ، والعمر ، والجنس . كما يعد العمر مؤشرا قويا للموسمية ، وذلك مع الأشخاص الأصغر سنا الذين هم أكثر عرضة لنوبات اكتئاب الشتاء .

تحديد ما إذا :

في جزئية مغفرة : فى حالة وجود أعراض الاكتئاب الرئيس السابق ، ولكن لم تتم الاستجابة للمعايير الكاملة ، أو تكون هناك فترة تدوم أقل من شهرين دون أي أعراض هامة من نوبة اكتئاب كبرى بعد نهاية تلك الحلقة .

في مغفرة كاملة : فى حالة وجود - خلال الشهرين السابقة - أي علامات أو أعراض مهمة من الاضطرابات الحالية .

تحديد شدة الحالة : تستند شدة الحالة على عدد من الأعراض المعيارية ، تتراوح ما بين شدة تلك الأعراض ، / إلى درجة الإعاقة الوظيفية .

معتدل : قليل ، وذلك فى حالة وجود أعراض تتجاوز تلك المطلوبة لإجراء التشخيص الحاضر ، مع شدة الأعراض المؤلمة والتى يمكن التحكم فيها ، والتى قد تؤدي إلى انخفاض طفيف في الأداء الاجتماعى أو المهني .

المعتدل : فى حالة وجود عدد من الأعراض الشديدة ، أو اضطراب وظيفي ما بين تلك المحددة لـ " معتدل " أو " خطير " .

شديدة : فى حالة وجود عدد من الأعراض أكبر بكثير من تلك المطلوبة لإتخاذ التشخيص ، مع شدة الأعراض المؤلمة على محمل الجد والتى لا يمكن السيطرة عليها ، وقد تتداخل الأعراض بشكل ملحوظ مع الأداء الاجتماعى والمهني . ويشترك اضطراب NX أي تاي disordgrs مع ملامح الخوف والقلق المفرط والاضطرابات السلوكية المرتبطة . أما الخوف فهو رد فعل عاطفي للحقيقية أو المتصورة التى توحى بتهديد وشيك ، في حين أن القلق هو تحسب لتهديد في المستقبل . ومن الواضح أن هناك تداخل بينهما (الخوف / القلق) ، لكنه أيضاً يختلف مع الخوف في كثير من الأحيان ، والذى يرتبط مع الموجـــــات اللاإرادية من الإثارة والأفكار من خطر داهم .

ويرتبط القلق في كثير من الأحيان بتوتر العضلات واليقظة في إعدادات الخطر في المستقبل ، والمرتبط بالسلوكيات الحذرة أو الانطوائية ، وفي بعض الأحيان فإن مستوى الخوف قد يخفض القلق عن طريق تجنب السلوكيات السلبية ، والتى تتميز بنوبات الهلع بشكل بارز ضمن اضطرابات القلق كنوع معين من استجابة الخوف ، أما هجمات الذعر فلا تقتصر على اضطرابات القلق ، بل يمكن أن يُشاهد في غيره من الاضطرابات النفسية كذلك .

وتختلف اضطرابات القلق عن بعضها البعض في أنواع الحالات التي تحث على الخوف ، والقلق ، أو مع سلوك التهرب ، والتفكير المعرفي المرتبط بها . وبالتالي فإن اضطرابات القلق يمكن أن تكون متباينة مع فحص دقيق لأنواع الحالات التي يخشى منها الفرد أو يتجنبها ، مع مضمون الأفكار أو المعتقدات المرتبطة بها .

وتختلف اضطرابات القلق عن الخوف أو القلق التنموى المعياري ، وذلك من خلال كونها مفرطة أو مستمرة بما يتجاوز الفترات المناسبة تنمويا .

وهي تختلف عن الخوف أو القلق العابر ، وغالبا ما يسببها الإجهاد ، الذى يجري بصورة ثابتة (على سبيل المثال : عادة ما تدوم ٦ أشهر أو أكثر) ، وعلى الرغم من أن معيار المدة المقصود يؤخذ كدليل عام مع قدر من المرونة ، وأحياناً يمتد لفترة أقصر عند الأطفال (كما في فصل اضطرابات القلق والصمت الانتقائى) .

ولأن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق يالغوا عادة في حالات الخطر إلا أنهم يخشون تجنب تحديده بصورة مبدئية ، وذلك بالنظر عما إذا كان الخوف أو القلق المفرط أو غيره ، يتم تشخيصه من قبل الطبيب ، كما يجب أن تؤخذ العوامل السياقية الثقافية في الاعتبار .

وقد تتطور الكثير من اضطرابات القلق في مرحلة الطفولة وتميل إلى الاستمرار إذا لم يتم علاجها . ومعظم ما يجرى يحدث بشكل متكرر أكثر لدى الإناث عنها لدى الذكور بنسبة (حوالي ٢ : ٠١ نسبة) .

ويتم تشخيص اضطراب القلق فقط عند ظهور أعراض لا تعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة الأدوية أو لأخرى لم يتم شرحها ، كما يجب ألا يتم تفسيرها بصورة أفضل من خلال حالة طبية أو من خلال اضطراب عقلي آخر .

يتم الترتيب التنموى للذين يعانون من تلك الاضطرابات المتسلسلة وفقا لسن نموذجية في البداية ، أما الفرد مع اضطراب قلق الانفصال المرتبط بالخوف أو القلق حول الانفصال فإن نسب التشخيص – فى هذه الحالة – غير مناسبة تنمويا . فهناك خوف قلق مستمر حول الضرر القادم والأحداث التي يمكن أن تؤدي إلى الفقدان أو الانفصال ، فضلا عن الكوابيس والأعراض الجسدية الشديدة ، وذلك رغم أن الأعراض غالبا ما تحدث في الطفولة ، إلا أنها يمكن التعبير عنها طوال مرحلة البلوغ كذلك .

ويتميز الخرس الانتقائي من قبل التقاعس المستمر للتحدث في المواقف الاجتماعية في الوقت الذى يتوقع فيه أن يتكلم (على سبيل المثال : المدرسة) وعلى الرغم من أن الفرد يتحدث في حالات أخـــرى . كما أن فشل الكلام له عواقب كبيرة على الإنجاز الأكاديمي أو الأماكن المهنية أو غير ذلك مما يتعارض مـــع التواصل الاجتماعى الطبيعي .

ويخشى الأفراد مع الرهاب المحدد يخشون القلق حول الانطوائية المقيدة للأشياء أو المواقف ، ولا يتصل الخرس الانتقائي بالتفكير المعرفي المحدد في هذا الاضطراب ، كما هو الحال في اضطرابات القلق الأخرى . كما أن الخوف والقلق ، أو الإبطال / ينجم دائما تقريبا عن الوضع الرهابي ، إلى درجة أن استمرار الخروج من نسبة طرح المخاطر الفعلية . وهناك أنواع مختلفة من الرهاب المحدد مثل : الحيوان ، والبيئة الطبيعية ؛ والحقن الملوثة ؛ والحالات الظرفية الأخرى .

في اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعى) : يعانى الفرد من الخوف أو القلق أو حول الانطوائية من التفاعلات الاجتماعية والحالات التي تنطوي على إمكانية يجري التدقيق . وتشمل هذه التفاعلات الاجتماعية مثل : اجتماع مع الناس غير المألوفين ، وحالات هذا الفرد يمكن ملاحظته في الأكل أو الشرب ، وفى الحالات التي يكون فيها الفرد يتفاعل أمام الآخرين .أما التفكير المعرفي فيجري تقييمه سلبا من قبل الآخرين ، والذى يجري بالحرج والإهانة ، أو الرفض ، أو الإساءة إلى الآخرين .

في اضطراب الهلع ، يواجه الفرد نوبات الهلع المتكررة وغير المتوقعة ، مع قلق مستمر أو قلق من وجود المزيد من نوبات الهلع أو تغيير له أو لها السلوك بطرق غير القادرة على التأقلم بسبب نوبات الذعر (على سبيل المثال : وتجنب ممارسة الرياضة أو الذهاب لمواقع غير مألوفة) . وتنشأ هجمات الذعر عبر موجات مفاجئة من الخوف الشديد أو عدم الراحة مكثفة والتي تصل إلى ذروتها في غضون دقائق ، يرافقه أعراض جسدية أو المعرفية .

وتشمل نوبات الذعر محدودة من الأعراض أقل من أربعة أعراض ، وقد تكون نوبات الهلع المتوقعة ، مثل استجابة إلى كائن يخشاه عادة أو الوضع غير المتوقع ، وهذا يعني أن الذعر الهجوم يحدث دون سبب واضح .

كما أن نوبات الذعر تمثل وظيفة كعلامة ، أو عامل نذير بشدة التشخيص ، أما الاعتلال المشترك عبر مجموعة من الاضطرابات ، بما في ذلك ، وليس على سبيل الحصر ، فيشمل اضطرابات القلق (على سبيل المثال : استخدام المخدرات ، والاكتئاب والاضطرابات الذهانية) . وبالتالي هجوم الذعر الذى قد يستخدم بصورة محددة وصفيا لأي من اضطرابات القلق وكذلك الاضطرابات النفسية الأخرى .

الأفراد مع الخوف من الأماكن المكشوفة . يخشون والقلق حول اثنين أو أكثر من الإجراءات التالية :

- ✓ استخدام وسائل النقل العام؛ يجري في المساحات المفتوحة؛
- ✓ يجري في الأماكن المغلقة ؛
- ✓ يقف في الخط أو يجري في حشد من الناس ، أو تكون خارج المنزل وحدها في حالات أخرى .
- ✓ يخشى الفرد هذه الحالات بسبب هروب الأفكار التي قد يكون من الصعب أو قد لا تكون متاحة في الحال .
- ✓ ظهور أعراض مثل الهلع أو غيرها تعجيزية أو إحراج الأعراض .
- ✓ هذه الحالات تحث دائما تقريبا الخوف أو القلق وغالبا ما يتم تجنب وتتطلب وجود رفيق .

الملامح الرئيسة لاضطراب القلق العام والقلق المستمر والمفرط فى مختلف المجالات ، بما في ذلك العمل والأداء المدرسي ، والتى تتركز فى الفرد الذى يجد صعوبة في السيطرة عليها .

وبالإضافة إلى ذلك ، قد يواجه الفرد الأعراض الجسدية ، بما في ذلك الأرق أو الشعور المرتبط بأعلى حافة القلق ؛ كونه مرهق بسهولة ؛ مع صعوبة التركيز ، أو العقل الذى يذهب فارغا ؛ مع التهيج ؛ وتوتر العضلات ، واضطراب النوم .

تسبب الأعراض الجانبية للدواء اضطراب القلق ، والذى ينطوي على القلق بسبب مادة التسمم أو الانسحاب أو إلى العلاج الدوائي ، أو في اضطراب القلق بسبب آخر حالة طبية ، وقد تنسب أعراض القلق إلى نتيجة فسيولوجية طبية . ويتم توصيف الاضطراب بأفضل شدة لاضطراب القلق مع مرور الوقت . ويحدث ذلك لا سيما بالنسبة للأفراد مع اضطراب القلق ، وقد تم تطوير مقاييس القلق (ولكن بالتركيز) على اضطرابات القلق ، مع أعراض التصنيفات السلوكية ، وأعراض التفكير المعرفي ، والأعراض الجسدية ذات الصلة بكل اضطراب .

اضطراب قلق الانفصال :

معايير التشخيص (F93.0) :

الخوف A . غير مناسب تنمويا أو القلق المفرط بشأن الانفصال عن أولئك الذين يتعلق بهم الفرد ، كما يتضح من خلال ثلاثة على الأقل من العناصر التالية : -

١. الاستغاثة المفرطة المتكررة عند توقع الانفصال أو الخروج بعيداً عن المنزل .
٢. القلق المستمر والمفرط حول فقدان الأموال ، أو نحو ما يمكن يضر بالأفراد ، مثل المرض أو الإصابة ، والكوارث ، أو الموت .
٣. القلق المستمر والمفرط حول مشاهدة حدثا غير مرغوب فيه (على سبيل المثال : التعرض للخطف ، بعد وقوع حادث ، والإصابة بالمرض) التي قد تسبب الانفصال .
٤. استمرار تردد أو رفض الخروج ، بعيدا عن المنزل ، إلى المدرسة ، في العمل ، أوفي مكان آخر بسبب الخوف من الانفصال عن المنزل .
٥. الخوف المستمر والمفرط أو إحجام عن كونه وحده أو بدون أرقام للمرفقات في المنزل أو في أماكن أخرى .
٦. استمرار تردد أو رفض النوم بعيدا عن المنزل أو الذهاب إلى النوم بالقرب شخصية مرفقة رئيسة .
٧. الكوابيس المتكررة التي تنطوي على موضوع الانفصال .
٨. شكاوى متكررة من أعراض جسدية (مثل الصداع وآلام المعدة ، والغثيان ، والتقيؤ) عندما يتوقع أو يحدث فصله من الشخصيات الرئيسة .

B . الخوف ، والقلق ، أو الإبطال المستمر والدائم لمدة (٤ أسابيع) على الأقل عند الأطفال والمراهقين وعادة ما يستمر لمدة ستة أشهر أو أكثر لدى البالغين .

C . اضطراب يسبب ضائقة مهمة سريرية أو ضعف في المهام الاجتماعية والأكاديمية ، وفى المجالات المهنية الهامة ، أو غيرها من الأداء .

D . لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال اضطراب عقلى آخر ، مثل رفض مغادرة المنزل بسبب المقاومة المفرطة للتغيير مع اضطراب طيف التوحد ؛ الأوهام

أو الهلوسة مع الاضطرابات الذهانية؛ أو رفض الذهاب خارج المنزل دون رفيق موثوق به ، أو الخوف من الأماكن المكشوفة؛ والمخاوف بشأن اعتلال الصحة أو غيرها من أسباب الضرر التى تصيب الآخرين المهتمين باضطراب القلق العام ؛ أو الاستفسارات حول وجود الاضطراب المرضى للقلق .

الخصائص التشخيصية :

الميزة الأساس من اضطراب قلق الانفصال هو (الخوف أو القلق المفرط) بشأن فصل تشخصيات الفرد فى المنزل ،وغيره من المرافق . والذى يتجاوز القلق الذى يمكن توقعه على المستوى التنموي الشخصى (A) . والأفراد مع اضطراب قلق الانفصال ، قد تتواجد لديهم أعراض تلي ثلاثة على الأقل من المعايير التالية وهي :

تجربة استغاثة مفرطة متكررة عندما يتوقع الانفصال عن المنزل أو يحدث فعلياً (L) .

أو أنها تقلق بشأن مرفقات الأرقام ، خاصة عندما ينفصلوا عنه ، أو أنهم بحاجة إلى معرفة مكان وجوده (خارج المنزل) وتمسكهم بالبقاء على اتصال معهم (A2) . كما أنهم يظلوا قلقين حول الأحداث غير المرغوب فيها لأنفسهم ، ومثل التخبط الذى قد يعرضهم للخطف ، أو لوقوع حادث لهم (A3) .

كما يرفض الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال ويترددون فى الخروج من تلقاء أنفسهم بسبب مخاوف الانفصال (A4) . كما أن لديهم خوف مستمر ومفرط أو إحجام عن كونه – وحده – بعيداً عن المنزل أو في أماكن أخرى .

وقد لا يتمكن الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال من البقاء أو الذهاب إلى غرفة معينة في حد ذاتها ، ويمكن أن يكون ذلك عرض من : "التشبث " وسلوك البقاء قريباً أو في جميع أنحاء المنزل ، أو التي تتطلب بأن يكون هناك شخص يبقى معهم عند الذهاب من غرفة إلى أخرى فى المنزل (A5) .

لديهم ممانعة مستمرة أو رفض الذهاب الى النوم دون أن يكون بالقرب من المرفق الأساس (الأب / الأم) أو إلى النوم بعيدا عن المنزل (A6) . أما الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب فغالبا ما يجدون صعوبة في النوم وربما يصرون على بقاء أي شخص معهم حتى يغفو ، وفى أثناء الليل ، فإنهم قد يشقوا طريقهم إلى سرير والديهم .

وقد يكون هناك كوابيس متكررة من المحتوى الذى يعبر للفرد عن قلق الانفصال (على سبيل المثال : تدمير الأسرة من خلال إطلاق النار أو القتل ، أو غيرها من الكوارث) (A7) . وتشمل الأعراض الجسدية (على سبيل المثال : الصداع ، والشكاوى في البطن ، الغثيان والقيء) الشائعة في الأطفال عند الانفصال .

يحدث أو يتوقع (A8) . أعراض القلب والأوعية الدموية مثل الخفقان ، ووالدوخة ، والشعور بالإغماء نادرة في الأطفال الأصغر سنا ولكن قد تحدث لدى المراهقين والبالغين .

وهذا الاضطراب يجب أن يستمر (لمدة ٤ أسابيع) على الأقل عند الأطفال والمراهقين الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاما بحاجة عادة إلى (٦ أشهر) أو أكثر في البالغين (B) . ومع ذلك ، فإن معيار مدة للبالغين ينبغي أن يستخدم كدليل عام ، مع تبديله بدرجة معينة من المرونة . كما يجب أن يسبق الاضطراب وجود ضيق سريري هام ، أو ضعف في المجالات والمهام الاجتماعية والأكاديمية والمهنية ، أو غيرها من مهام العمل (C) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

فصل التشخصيات الرئيسة لتعلق الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال فقد يحمل الانسحاب الاجتماعى ، واللامبالاة ، الحزن ، أو صعوبة في التركيز على العمل أو اللعب ، تبعا لسنهم ، وقد يكون الأفراد مع المخاوف من الحيوانات ، أو الوحوش ، والظلام ، واللصوص والخاطفين ، وحوادث السيارات ، والسفر بالطائرات ، وغيرها من الحالات التي هي ينظر إليها على أنها تشكل خطورة على الأسرة أو على أنفسهم .

وبعض الأفراد تصبح بالحنين إلى الوطن Home Weakness إلى درجة البؤس عندما يكون بعيدا عن المنزل . وقد تؤدى اضطرابات القلق لدى الأطفال إلى رفض المدرسة ، والتي بدورها قد تؤدي إلى صعوبات أكاديمية وعزلة إجتماعية . وقد يظهر لدى الأطفال – مع احتمال الانفصال – كل من : الغضب أو العدوان تجاه شخص يجبرهم عن الانفصال (بعيداً عن والديهم خارج المنزل) .

وقد تحدث هذه الحالة ، خصوصا في المساء أو في الظلام ، حيث يتخيل الأطفال الصغار تصورات - غير عادية ، ناتجة عن تجارب الإدراك الحسي (على سبيل المثال : رؤية الناس، التناظر في غرفهم ، مخلوقات مخيفة تصل إليهم ، وشعور بعيون تحدق فيهم) . لذا فالأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب يمكن تشخيصهم باضطراب قلق الانفصال مما يتطلب تدخلاً ، وبأنهم فى حاجة إلى العناية المستمرة ، وغالبا ما تصبح بمثابة مطالب مفرطة للفرد ، ومصدراً لإحباط أفراد الأسرة ، مما قد يؤدي إلى الاستياء والصراع داخل الأسرة .

معدل الانتشار Prevalende :

معدل الانتشار Prevalende يستمر لمدة ١٢ شهرا من اضطراب قلق الانفصال بين البالغين في الولايات المتحدة ٠,٩-١,٩ ٪ . ويقدر بما يقرب من ٤- ٦ ٪ لدى الأطفال .

أما معدل الانتشار فيستمر لمدة ١٢ شهرا ، وبنسبة تصل ١,٦ ٪ . مع قلق الانفصال لدى المراهقين في الولايات المتحدة ، أما اضطراب القلق فهو أكثر معدلات الانتشار في الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ١٢ عاما . في العينات السريرية للأطفال وهذا الاضطراب شائع على قدم المساواة في الذكور والإناث ، أما فى المجتمع الأمريكى ، فإن هذا الاضطراب هو أكثر شيوعا في الإناث .

دورة النمو :

تزايد فترات قلق الانفصال تمثل جزء طبيعي من وقت النمو المبكر ، وتدل على تطور العلاقات الآمنه داخل الأسرة (على سبيل المثال : الأطفال الرضع فى عمر سنة واحدة قد يعانوا من قلق غريب) .

وقد يبدأ اضطراب القلق في وقت مبكر من سن ما قبل المدرسة ، ويمكن أن يحدث في أي وقت خلال مرحلة الطفولة ونادرا ما يحدث في مرحلة المراهقة ، كما أن هناك عادة فترات من التفاقم والمغفرة .

في بعض الحالات ، فقد يحدث القلق بشأن احتمال الانفصال وتجنب الحالات التي تنطوي على الانفصال عن المنزل أو الأسرة (على سبيل المثال : يذهب بعيدا) وقد تستمر الحالة خلال مرحلة البلوغ .

ومع ذلك ، فإن غالبية الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال قد لا ينخفض لديهم اضطرابات القلق على مدى حياتهم . والعديد من البالغين الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال لا يذكروا بداية اضطراب قلق الانفصال من الطفولة ، وذلك على الرغم من أنهم يذكرون الأعراض جيداً .

مظاهر اضطراب قلق الانفصال تختلف مع تقدم العمر . فالأطفال الأصغر سنا أكثر ترددا في الذهاب إلى المدرسة أو تجنب المدرسة تماما . ويجوز للأطفال الأصغر سنا عدم القدرة عن التعبير عن مخاوفهم R٦ إلا إذا كانت مخاوف محددة من تهديدات واضحة لأولياء الأمور ، والمنزل ، أو لأنفسهم ، ولا يتجلى القلق إلا عندما تتوافر لديه خبرة الانفصال .

كما أن الأطفال في سن صغير ، وقد تعبر تلك المخاوف بالظهور ، والتى غالبا ما ترتبط بالمخاوف بشأن مخاطر محددة (على سبيل المثال : الحوادث ، والاختطاف ، والسرقة ، والموت) أومع مخاوف غامضة غير محددة .

أما اضطراب قلق الانفصال لدى البالغين فقد يحد من قدرتهم على التكيف مع التغيرات في تلك الظروف (على سبيل المثال : الانتقال ، نتيجة لحالة الزواج) . كما يعانى البالغين من هذا الاضطراب عادة (مع أبنائهم وأزواجهم) كما انهم قد يواجهون اضطراب كبير في العمل أو فى المهام الاجتماعية الأخرى .

المخاطر والعوامل المنذرة :

البيئية : غالبا ما تتطور اضطرابات القلق بسبب ضغوط الحياة ، وخصوصا (مع حدث صادم ، على سبيل المثال : وفاة أحد الأقارب ؛ أو مرض أحد الأقارب ؛ وتغيير المدارس ؛ وطلاق الوالدين ؛ أو العزال إلى حي جديد ؛ والهجرة ؛ والكارثة التي تتشارك مع فترات الانفصال) .

أما في البالغين الشباب ، فهناك أمثلة أخرى من ضغوط الحياة وتشمل مغادرة منزل الوالدين ، والحماية المفرطة من الوالدين والتدخلات التى قد تترافق مع اضطرابات القلق .

الجينية والفسيولوجية : اضطراب قلق الانفصال لدى الأطفال قد تكون وراثية . والذى قدر نسبة التوريث من خلاله في ٧٣ ٪ في عينة المجتمع (الأمريكى) من التوائم

البالغين من العمر ست سنوات ، مع ارتفاع النسبة لدى الفتيات . أما الأطفال الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال فإن العرض المعزز لديهم يتضح بصفة خاصة لديهم في حساسية تحفيز الجهاز التنفسي C02.

قضايا ذات صلة ثقافية تشخيص :

هناك اختلافات ثقافية - في الدرجة - بين ما يعتبر من المرغوب فيه التسامح ، وبين مطالب وفرص الانفصال بين الآباء والأبناء ، والتي يتم تجنبها في بعض الثقافات . وعلى سبيل المثال : هناك تباين واسع في جميع البلدان والثقافات فيما يتعلق بالسن التي يتوقع ، وينبغي أن يترك فيها منزل الوالدين (تلبية لحاجاتهم الضرورية من تعليم / وعمل) . كما أنه من المهم أن نفرق بين اضطرابات القلق المرتفع لدى بعض الثقافات والمرتبط بوضع الترابط القوي بين أفراد الأسرة .

قضايا التشخيص-**Reiated** بين الجنسين ، الفتيات أكثر إظهاراً لقدر أكبر من التردد في حضور أو تجنب المدرسة من الأولاد ، أما التعبير غير المباشر عن الخوف من الانفصال فقد يكون أكثر شيوعا في الذكور أكثر من الإناث ، على سبيل المثال : حسب النشاط المستقل المحدود ، مع التردد في أن يكون بعيدا عن البيت وحده ، أو الضيق عندما يقوم الزوج أو الزوجة أو الأبناء بفعل أشياء بشكل مستقل أو عندما يكون الاتصال مع الزوج أو الأبناء غير ممكن .

أخطار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

إضطراب قلق الانفصال لدى الأطفال قد يترافق مع زيادة خطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، وذلك في ظل وجود اضطرابات المزاج ، واضطرابات القلق ، أو مادة ترتبط بالتأثير على المهام العقلية والعصبية للفرد . ومع ذلك ، فإن جميع مما سبق من أعراض ليست محددة لاضطراب قلق الانفصال ، وذلك لأنها قد توجد في العديد من اضطرابات القلق .

عواقب اضطراب قلق الانفصال :

الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال - في كثير من الأحيان - قد يحدوا من الأنشطة المستقلة بعيدا عن المنزل (على سبيل المثال : ما يتضح لدى الأطفال

مثل : تجنب الذهاب للمدرسة ، وصعوبة في النوم وحده ؛ لدى المراهقين ، لا يذهب بعيدا عن المنزل ؛ وتتضح في البالغين ، فى عدم ترك منزل الوالدين ، أو السفر ، أو فى العمل خارج المنزل) .

التشخيص التفاضلي :

اضطراب القلق العام : يتميز اضطراب قلق الانفصال المعمم بإضطرابات القلق ، والذى ينصب بصورة غالبة على الانفصال ، وقد يرتبط بمخاوف أخرى ، والتى لا تسود فى الصورة السريرية ، أما اضطرابات الهلع وهجوم الذعر ، والذى يرتبط بتهديدات الانفصال ، والتى قد تؤدي إلى القلق الشديد ، وذلك على النقيض من اضطراب الهلع ، المصاحب لاضطراب قلق الانفصال ، والذى يتعلق باحتمال قلق حول الأحداث التي تتصل بحـــدث غير مرغوب فيه ، مثل الخوف من الأماكن المكشوفة .

مظاهر اضطراب السلوك : من الأمور الشائعة في اضطراب السلوك تجنب المدرسة (التغيب عن المدرسة) ، ولا يُعد القلق حول الانفصال مسؤولاً عن الغياب فى المدرسة ، إلا أن الطفل أو المراهق عادة ما يبقى بعيدا عن المدرسة ، بدلا من العودة إلى المنزل .

اضطراب القلق الاجتماعى : اضطراب قلق الانفصال قد يكون راجعا إلى اضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) ورفض المدرسة . وفي مثل هذه الحالات ، فقد يعود تجنب المدرسة بسبب الخوف من أن يحكم عليهم سلبا من قبل الآخرين ، بدلا من أن المخاوف بشأن الانفصال .

اضطراب ما بعد الصدمة : ويؤثر فى الخوف من الانفصال عن أحبائهم ، وهو أمر شائع بعد الصدمة ، أو مع أحداث مثل الكوارث ، وخاصة عقب فترات الانفصال عن أحبائهم ، وقد شوهدت كذلك خلال الحدث الصادم ، وفي اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ، والتى يلجأ فيها الفرد إلى تجنب الذكريات المرتبطة بالحدث الصادم نفسه ، بينما في اضطراب قلق الانفصال فإنه يتجنب المخاوف المرتبطة به .

اضطراب القلق المرضى : ويشاع بين الأفراد الذين يعانون من مرض اضطراب القلق المحدد ، والأمراض التى قد تكون ذات الصلة ، أما مصدر القلق الرئيس فيتم التوصل إليه عن طريق التشخيص الطبي نفسه ، وليس حول التعرض لقلق الانفصال .

- الفجيعة . والتوق الشديد أو الحنين للمتوفى ، والحزن الشديد والعاطفية ، جميعها تؤثر فى قلق الإنفصال .
- الألم . الانشغال مع المتوفى أو من المتوقع وفاته ، كما فى ظروف الوفاة ، وردود الفعل التي تحدث في الفجيعة ، جميعها تثير الخوف من الانفصال عن الآخرين .
- الاكتئاب واضطرابات القطبين . قد تترافق هذه الاضطرابات مع العزوف (تجنب) عن مغادرة المنزل ، ولكن مصدر القلق الرئيس المتعلق بالقلق أو الخوف من الأحداث غير مرغوب فيها ، مع الدافع المنخفضة من التعامل مع العالم الخارجي والذى يتم تحسبا من الانفصال .
- خلل التحدي الاعتراضي . الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال قد يتم سلوك المعارضة لديهم في سياق (ميكانيزم عكسى) من إجبارهم على الانفصال .
- وينبغي النظر بخلل التحدي الاعتراضي فقط عندما يكون هناك استمرار لسلوك المعارضة ، والذى لا علاقة له بتحسب حدوث الانفصال الناتج عن التعلق بالوالدين .

اضطرابات ذهانية :

وهى على عكس الهلوسة في الاضطرابات الذهانية ، والإدراك الحسي غير العادي من التجارب التي قد تحدث في فصلاً عن اضطرابات القلق ، وعادة ما تستند إلى سوء فهم من التحفيز الفعلي ، والذى لا يحدث إلا في حالات معينة (على سبيل المثال : ليلا) ، ويتم عكسها من خلال وجود شخصية مغايره .

اضطرابات الشخصية : يتميز اضطراب الشخصية ، بأنه يعتمد بالميل العشوائي إلى الاعتماد على الأخرين ، في حين أن اضطراب قلق الانفصال ينطوي على القلق من البعد والسلامة الشخصية كسمة أساس لتلك الحالات . وتتميز الشخصية الحدية باضطراب الخوف من الهجر من قبل ذويهم ، ومشاكل في الهوية ، والتوجيه الذاتي ،

وأداء الشخصية ، والاندفاع المركزي ، في حين أن تلك الشخصية مع اضطراب قلق الانفصال ليست مركزية (لا تتمركز حول الذات) .

الاعتلال المشترك :

إضطراب قلق الانفصال يتضح مع الأطفال ، ويترافق مع اضطراب القلق والرهاب المحدد . ويشمل مع البالغين ، الأمراض المصاحبة الأكثر شيوعا من الرهاب المحدد ، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطرابات الهلع ، واضطراب القلق العام ، واضطراب القلق الاجتماعى ، والخوف من الأماكن المكشوفة ، اضطراب الوسواس القهري ، واضطرابات الشخصية ، واضطرابات الاكتئاب ثنائي القطب المرضي ، وأيضاً مع اضطراب قلق الانفصال لدى البالغين .

البكم الانتقائي (التباكم) :

معايير التشخيص (F94.0) :

A . يشير إلى فشل التحدث في المواقف الاجتماعية المحددة التي بحاجة لتوقعات التحدث (على سبيل المثال : في المدرسة) على الرغم من حدوثها في حالات أخرى .

B . يتداخل الاضطراب مع التحصيل العلمي أو المهني أو الاجتماعى مع الاتصالات .

C . مدة الاضطراب هي على الأقل شهر واحد (لا يقتصر على الشهر الأول من المدرسة) .

D . لا ينسب عدم الكلام إلى نقص في المعرفة ، أو إلى الراحة ، ولا مع اللغة المحكية المطلوبة في الحالات الاجتماعية .

E . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب الاتصالات (على سبيل المثال : childhoodonset اضطراب طلاقة) ولا يحدث حصريا أثناء اضطراب طيف التوحد ، والفصام ، أو اضطراب ذهاني آخر .

الخصائص التشخيصية :

يحدث الصمت الإنتقائى عندما يواجه الطفل أفراد آخرين أثناء التفاعلات الاجتماعية ، والأطفال من ذوي الصمت الانتقائى لا يبادروا بالكلام أو الرد

المتبادل ، إلا عندما يتحدث إليه الآخرين . مع عدم وجود تحدث أثناء التفاعلات الاجتماعية سواء مع الأطفال أوالبالغين .

إلا أن الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي سيتحدثون في منزلهم في وجود أفراد الأسرة المباشرين - بصورة طبيعية جداً - ولكن في كثير من الأحيان لا يتم ذلك حتى أمام الأصدقاء المقربين أو الأقارب من الدرجة الثانية ، مثل الأجداد أو أبناء عمومة .

كما يرفض الأطفال الذين يعانون من الصمت الانتقائى في كثير من الأحيان التحدث في المدرسة ، مما يؤدى إلى انخفاض القيمة الأكاديمية أو التعليمية لديهم ، وغالبا ما يجد المعلمين صعوبة في تقييم مهاراتهم مثل القراءة . مع عدم وجود خطاب مما قد يتداخل مع التواصل الاجتماعى معهم .

وعلى الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب في بعض الأحيان قد يستخدموا وسائل غير لفظي (مثلا ، الشخير ، والكتابة) للتواصل ، وربما يكونوا راغبين أو حريصين على الأداء أو المشاركة في اللقاءات الاجتماعية عندما لا تكون هناك حاجة للكلام (على سبيل المثال : غير اللفظي كأجزاء في المسرحيات المدرسية) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

قد تشمل الخصائص المرتبطة بالصمت الانتقائي كل من : الخجل المفرط ، والخوف من الحرج الاجتماعى ، والعزلة الاجتماعية والانسحاب ، والتشبث ، والصفات القهرية ، والسلبية ، ونوبات الغضب ، أو سلوك المعارضة الخفي . على الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب عموما ما يفتقدوا المهارات اللغوية العادية ، قد يكون هناك - في بعض الأحيان - الاتصالات المرتبطة بالإضطراب ، وذلك على الرغم من عدم وجود علاقة خاصة مع اضطراب التواصل المحدد .

وحتى عند وجود هذه الاضطرابات والقلق - كدليل هام على الاضطراب - والمتصل ببعض العوامل الصحية ، التى دائما ما ينظر إليه فى الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي الإضافية لتشخيص اضطراب القلق الأكثر شيوعا ، مع اضطراب القلق الاجتماعى (الفوبيا الاجتماعية) .

معدل الانتشار Prevalende :

الصمت الانتقائي هو اضطراب نادر نسبيا ولم يتم إدراجه ضمن فئة التشخيص في الدراسات الوبائية لمعدل الانتشار Prevalende فى اضطرابات الطفولة . أما نقطة معدل الانتشار فيتم باستخدام مختلف عينات العيادة أو المدرسة ، ويتراوح ما بين ٠,٠٣و ١ ٪ وذلك اعتمادا على الإعداد (على سبيل المثال : العيادة / مقابل المدرسة / مقابل عموم السكان) والأعمار في أفراد العينة . لا يبدو أن معدل الانتشار مع هذا الاضطراب يختلف حسب الجنس أو العرق ، إلا أن - من المرجح - أن تظهر تلك الفوضى في الأطفال الصغار من المراهقين والبالغين .

دورة النمو :

بداية الصمت الإنتقائى هي عادة قبل (سن ٥ سنوات) ولكن يجوز للاضطراب أن يستمر مع الاهتمام السريري حتى دخول المدرسة ، حيث أن هناك زيادة في التفاعل الاجتماعى ومهام الأداء ، مثل القراءة بصوت عال .

استمرار الاضطراب المتغير : على الرغم مما تشير إليه التقارير السريرية بأن العديد من الأفراد قد يتعافوا من " الخرس الانتقائي " ، إلا أن مدى استمرار هذا الاضطراب غير معروف ، وفي بعض الحالات ولا سيما في الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى ، والصمت الانتقائى فقد يختفي ، ولكن قد تبقى بعض الأعراض .

اضطراب القلق الاجتماعى :

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : لم يتم تحديد عوامل الخطر المزاجية للخرس الانتقائي ، وقد يرتبط بالوجدان السلبي (العصابية) أو مع التثبيط السلوكي ، والذى قد يلعب دورا هاماً كما فى تاريخ الوالدين من الخجل والعزلة الاجتماعية ، والقلق الاجتماعى . كما ان الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي ، والذى قد يعود لصعوبات اللغة الاستقبالية الخفية مقارنة مع أقرانهم ، وذلك على الرغم من أن اللغة الاستقبالية لا تزال ضمن المعدل الطبيعي .

البيئية : تثبيط العوامل الاجتماعية من جانب الوالدين قد تكون بمثابة نموذج للتحفظ الاجتماعي ، بما ينعكس على الخرس الانتقائي في الأطفال . وعلاوة على ذلك ، فإن الآباء مع أطفال الخرس الانتقائي ، قد يوصفوا بالخرس المفرط ، والذى

قد ينتج من البيئة الأكثر سيطرة من الآباء والأمهات نحو الأطفال ، مع اضطرابات القلق الأخرى .

العوامل الوراثية والفسيولوجية : وهى تسبب تداخل كبير بين الخرس الانتقائي ، والعوامل الوراثية مثل اضطراب القلق الاجتماعى ، والتى قد تكون مشاركة بين هذه الظروف .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية :

الأطفال في الأسر التي هاجرت إلى بلد يتحدث بلغة مختلفة ، قد يرفضون أن يتكلموا لغة جديدة بسبب عدم معرفة اللغة الجديدة . وحتى إذا فهموا اللغة الجديدة بصورة كافية إلا أنهم يرفضون الكلام ، وقد يكون - وقتها - لاتخاذ التشخيص له ما يبرره من الخرس الانتقائي .

أما العواقب الوظيفية من الخرس الانتقائي ، والتباكم ، فقد يؤدي إلى انخفاض القيمة الاجتماعية ، وقد يكون الأطفال حريصين جدا على المشاركة في التفاعل الاجتماعى المتبادل مع الأطفال الآخرين .

كما أن الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي قد يكونوا ناضجين ، وقد يواجهوا زيادة فى العزلة الاجتماعية . في المدارس ، كما قد يعانى هؤلاء الأطفال من ضعف أكاديمي ، وذلك لأنهم في كثير من الأحيان لا يمكنهم التواصل مع المعلمين فيما يتعلق بالاحتياجات الأكاديمية أو الشخصية (على سبيل المثال : عدم فهم مهمة تعليمية معينة ، ولا يسئلون عن مكان المرحاض) . كما يتصفون بضعف شديد في المدرسة ، وفى العمل الاجتماعى ، بما في ذلك تلك الناتج عن إغاظة موجهة إليهم من قبل الزملاء ، وهو أمر شائع .

وفي بعض الحالات ، فإن الخرس الانتقائي قد يكون بمثابة استراتيجية تعويضية لتقليل الشهوة خاصة في اللقاءات الاجتماعية .

التشخيص التفاضلي :

اضطرابات التواصل : ينبغي التمييز بين الخرس الانتقائي / وبين اضطرابات الكلام التي تتضح بشكل أفضل من خلال اضطراب التواصل ، مثل اضطراب اللغة ، واضطراب الكلام (إضطراب الصوتية سابقا) ، واضطراب الطلاقة (التأتأة) ،

واضطراب الاتصالات . وعلى عكس الخرس الانتقائي ، فإن اضطراب الكلام يقتصر على هذه الظروف الاجتماعية المحددة .

الإضطرابات العصبية النمائية والفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى : وتتضح مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد ، والفصام ، والاضطرابات الذهانية الأخرى ، أوما ترتبط بالإعاقة الذهانية الشديدة، ممن قد يعانون من مشاكل في التواصل الاجتماعى ، ويكونوا غير قادرين على الكلام بشكل مناسب في المواقف الاجتماعية . وفي المقابل ، ينبغي أن يتم تشخيص الخرس الانتقائي - فقط - عندما يكون الطفل لديه القدرة على الكلام في بعض المواقف الاجتماعية (على سبيل المثال : عادة ما تكون في المنزل) .

أما اضطرابات القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) . والقلق الاجتماعى والعزلة الاجتماعية ، فقد تترافق جميعها مع اضطرابات القلق ، والخرس الانتقائي ، في مثل هذه الحالات .

الاعتلال المشترك :

الظروف المرضية الأكثر شيوعا هي اضطرابات القلق الأخرى ، كما أن معظم الجوانب الاعتلال الاجتماعي الأكثر شيوعا تتضح فى اضطرابات القلق ، تليها اضطراب قلق الانفصال ، والفوبيا المحددة ، واضطراب سلوك المعارضة ، والتى لوحظت عبر سلوكيات تحدث الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي ، وعلى الرغم من أن سلوك المعارضة قد يقتصر على الحالات التي تتطلب الكلام ، إلا أن تأخير الاتصالات أو الاضطرابات ، قد تظهر أيضاً في بعض الأطفال الذين يعانون من الخرس الانتقائي .

معايير التشخيص :

A . المحددة بالخوف أو القلق حول كائن معين أو الوضع (على سبيل المثال : ، المرتفعات ، الحيوانات ، تلقي حقنة ، أو رؤية الدم) .

ملاحظة : يتضح في الأطفال ، الخوف أو القلق ، وقد يعرب عنه بالبكاء ، ونوبات الغضب ، والتجميد ، أو التشبث .

B . الكائن الرهابي أو الوضع الدائم الذى يثير الخوف أو القلق الفوري .

C . الكائن اللرهابي أو الوضع النشط مع إحتمال من الخوف الشديد أو القلق .

D . الخوف أو القلق ينشأ أصلاً من نسبة الخطر الفعلي الذي يمثله الكائن المحدد ، أو الوضع والسياق الاجتماعى والثقافي .

E . الخوف ، والقلق ، أو الإبطال ، عادة ما يستمر لمدة ٦ أشهر أو أكثر حتى يتم تشخيصه .

F . الخوف ، والقلق ، أو التجنب ، قد يسبب ضائقة مهمة سريريا أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من الأداء الهام .

G . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك الخوف ، والقلق ، وتجنب المواقف المرتبطة بأعراض شبيهة بالذعر أو غيرها من الأعراض التعجيزية (كما في الخوف من الأماكن المكشوفة) : أو من الأشياء أو الحالات المتعلقة بالهواجس (كما في اضطراب الوسواس القهري)؛ أو مع تذكير بالأحداث المؤلمة (كما هو الحال في اضطراب ما بعد الصدمة)؛ أو الانفصال عن المنزل ، أو فى الحالات الاجتماعية (كما في اضطراب القلق الاجتماعى) .

تحديد ما إذا :

رمز القائمة على التحفيز الرهابي : -

- (F40.218) الحيوان (مثل العناكب والحشرات والكلاب) .
- (F40.228) البيئة الطبيعية (على سبيل المثال : مرتفعات ، والعواصف ، والمياه) .
- (F40.23X) الدم حقن إصابة (على سبيل المثال : والإبر ، والإجراءات الطبية الغازية) .
- ملاحظة الترميز : اختر محددة كود ICD-10-CM النحو التالي : الخوف F40.230 من الدم ؛
- F40.231 الخوف من الحقن ونقل الدم؛ F40.232 الخوف من الرعاية الطبية الأخرى ، أو الخوف F40.233 الإصابة .
- (F40.248) الظرفية (مثل الطائرات والمصاعد والأماكن المغلقة) .

- (F40.298) أخرى (على سبيل المثال : الحالات التي قد تؤدي إلى الاختناق أو القيء : في الأطفال ، على سبيل المثال : الأصوات العالية أو أحرف بالملابس) .
- ملاحظة الترميز : عند وجود أكثر من التحفيز رهابي ، رمز كافة رموز ICD-10-CM التي تنطبق (على سبيل المثال : خوفا من الثعابين والطيران ، F40.218 رهاب محددة ، والحيوان ، وF40.248 رهاب محددة ، الظرفية) .

المحددات :

ومن الشائع للأفراد أن يعانوا من الرهاب المحدد والمتعدد ، وحتى للفرد العادى / فإنه في المتوسط مع الرهاب المحدد يخشى – فى العادة – ثلاثة أشياء أو مواقف ، وحوالي ٧٥ ٪ من الأفراد يخشون رهاب محدد فى أكثرمن واحد أو من كائن (مثلاً : الظلام / كلب / الأسانسير) . وفي مثل هذه الحالات ، فإن الرهاب المحدد ، يُعد متعدد التشخيصات ، ولكل منها رمزها التشخيصي الخاص بها ، والذى يعكس التحفيز الرهابي ، وعلى سبيل المثال : إذا كان الفرد تخشى العواصف الرعدية / والطيران ، فيتم التشخيص لاثنين وسيعطى : رهاب محدد ، والبيئة الطبيعية ، ورهاب ظرف محدد .

الخصائص التشخيصية :

من السمات الرئيسة لهذا الاضطراب هو الخوف أو القلق ، والذى غالبا ما يشير إلى وجود حالة معينة أو كائن (A) ، والذي يمكن أن يسمى التحفيز الرهابي .

أما الفئات أو الكائنات التى تقدم هذه الحالات ويخشاها العديد من الأفراد ، فتشمل الأجسام أو حالات من أكثر من فئة واحدة ، أو التحفيز الرهابي . ويتم تشخيص الرهاب المحدد استجابة ، لما يجب أن يختلف عن المخاوف العابرة العادية ، والتي تحدث عادة لدى عموم البشر .

ولتلبية معايير التشخيص ، يجب أن يكون للخوف أو القلق الشديد أو الحاد (أي ، "علامة") (المعيارA) . مثل مقدار الخوف من ذوي الخبرة (أو المحيطين) ويمكن أن يختلف مقدار الخوف بصورة نسبية وفقاً للموقف الفعلى .وقد يأخذ الخوف أو القلق شكل أعراض الذعر والهجوم الكامل أو المحدود (أي هجوم الذعر المتوقع) . أما السمة

الأخرى من سمات الرهاب المحددة فهي أثار الخوف أو القلق ، والذى قد يستغرق كل وقت الفرد ، والذى يأتي نتيجة اتصاله مع التحفيز الرهابي .

(B) . قد لا يصبح الفرد قلقا إلا لماما مع تصديه لهذا الوضع (على سبيل المثال : قد يصبح قلقا عندما يركب الطائرة من مرة واحدة / إلى خمس رحلات على الطائرة) وسوف يتعافى ولن يحصل على تشخيص الرهاب المحدد .

ومع ذلك ، فإن درجة من الخوف أو القلق المختلف قد يتم الإعراب عنها (من القلق الاستباقي لهجوم الذعر الكامل) عبر مختلف المناسبات التى يواجه فيها الكائن الرهابي (مصدر الخوف) أو بسبب الوضع المختلف للعوامل السياقية مثل وجود الآخرين ، ومدة التعرض للحدث ، وعناصر أخرى التى تحفز الاضطراب على متن رحلة للأفراد الذين يخشون الطيران ، وكثيراً ما يعرب هؤلاء عن الخوف والقلق بشكل مختلف بين الأطفال والبالغين .

ويتجنب الفرد هذا الوضع ، إذا كان (هو / أو هي) غير قادر أن يقرر / أويتجنب ذلك ، أما وضع الكائن فيثير الخوف الشديد أو القلق (المعيار C) . ويشير ذلك إلى التجنب النشط ، بمعنى أن يتصرف الفرد عن قصد في السبل التي يتخذها لمنع أو التقليل من الاتصال مع تلك الكائنات الرهابية أو مع حالات أخرى (على سبيل المثال : ينتقلون يوميا للعمل خوفاً من المرتفعات ؛ يتجنب الدخول في غرفة مظلمة خوفا من العناكب ؛ ويعد الحافز الرهابي هو الأكثر شيوعا) . كما قد يتم تجنب السلوكيات التى غالبا ما تكون واضحة (على سبيل المثال : الشخص الذي يخشى الدم ، ويرفض الذهاب إلى طبيب) ولكن في بعض الأحيان تكون تلك الأعراض أقل وضوحا (على سبيل المثال : الشخص الذي يخشى الثعابين ويرفض إلقاء نظرة على الصور التى تشبه شكل الثعابين) .

ويعانى العديد من الأفراد من الرهاب المحدد على مدى سنوات عديدة ، رغم تغيير الظروف المعيشية بهدف تجنب الكائن رهابي أو الوضع قدر الإمكان (على سبيل المثال : الفرد الذى تم تشخيصه بالرهاب المحدد ، بالحيوان ، والذي ينتقل للعيش في منطقة خالية من الحيوانات التى يخشاها) . وبالتالي ، فإن تجربة الخوف أو القلق في حياتهم الحياة اليومية لم تعد موجودة .

وفي مثل هذه الحالات والسلوكيات يتم تجنب أو رفض الانخراط في الأنشطة التي من شأنها أن تنطوي على التعرض لكائن رهابي أو الوضع الذى يرتبط به (على سبيل المثال : الرفض المتكرر لقبول تأخير السفر المرتبط بالعمل بسبب الخوف من الطيران) وقد يكون مفيداً في تأكيد التشخيص في غياب القلق أو الذعر العلني . أما الخوف أو القلق فهو ينسب إلى أصل الخطر الفعلي المتصل بالكائن أوالوضع .

أما معدل الانتشار ، فهو أكثر كثافة مما هو عليه بالضرورة (المعيارD) . وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من الرهاب المحدد - غالبا - ما يعترفوا بردود أفعالهم بوصفها غير متناسبة ، فإنهم يميلون إلى المبالغة في تقدير الخطر في أوضاعهم .

وينبغي أيضاً - عند التشخيص - اتخاذ السياق الاجتماعى والثقافي للفرد بعين الاعتبار ، على سبيل المثال : مخاوفهم من الظلام قد تكون معقولة في السياق الجاري مع العنف ، والخوف من الحشرات التى قد يكون غير موجوده في الأماكن التي يعيشون فيها .

أما الخوف والقلق ، أو الإبطال فهو ما يستمر عادة لمدة (٦ أشهر) أو أكثر (المعيارE) ، الذي يساعد على التمييز بين مخاوف الاضطراب العابر ، والذى قد يشترك مع العديد من البشر ، وخاصة بين الأطفال .

كما يجب أن يسبق الرهاب المحددة ضيق سريرى هام ، أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء ، حتى يتم تشخيص هذا الاضطراب (المعيارF) .

الخصائص المرتبطة بدعم تشخيص الأفراد مع الرهاب المحدد قد يواجهوا -عادة - زيادة في الإثارة الفسيولوجية تحسبا للتعرض لكائن رهابي .

ومع ذلك ، فإن فسيولوجية الاستجابة للوضع الذى يخشاه الفرد ، في حين أن الأفراد - من المرجح- أن يظهروا تعاطفا مع البيئة الطبيعية ، أما رهاب الحيوانات المحدد، فقد يثير النظام العصبي ، كما ان الأفراد مع الرهاب المحدد بالحقن / فقد يبرهنوا على وجود الإغماء الوعائي المبهم ، أو مع استجابة تشبه الإغماء ، والتي تتميز بأنها أولية وجيزة ، مع تسارع معدل ضربات القلب وارتفاع ضغط الدم ، يعقبه تباطؤ فى معدلات ضربات القلب ، وانخفاض في ضغط الدم . وتلك النماذج الحالية للنظم العصبية للرهاب المحدد ذات الصلة ، بالكثير من اضطرابات القلق الأخرى .

معدل الانتشار Prevalence :

في الولايات المتحدة ، وعقب مدة ١٢ شهرا تقريباً ، يبلغ معدل الانتشار Prevalende المجتمع للرهاب بما يقرب من ٧-٩٪ . أما معدلات الانتشار في الدول الأوروبية فهي مماثلة إلى حد كبير لتلك التي في الولايات المتحدة (على سبيل المثال : حوالي ٦ ٪) ، ولكنها عادة ما تكون أقل المعدلات في آسيا وأفريقيا ، ودول أمريكا اللاتينية (٢ -٤٪) .

أما معدلات انتشار المرض فهي حوالي ٥ ٪ في الأطفال وما يقرب من ١٦ ٪ بين الذين تتراوح أعمارهم ١٣ - ١٧ عاما . أما معدلات الانتشار فهي أقل في الأفراد الأكبر سنا بنسبة (حوالي ٣ -٥ ٪) ، وربما يعكس ذلك تضاؤل الشدة إلى مستويات تحت الإكلينيكي .

إلا أن الإناث يتأثرن أكثر من الذكور ، بمعدل حوالي ٢ : ١ ، على الرغم من أن تلك المعدلات تختلف عبر المحفزات الرهابية المختلفة . ما بين (حيوان ، بيئة طبيعية) كما أن الرهاب محدد الظرفية من ذوي الخبرة في الغالب من قبل الإناث ، في حين أن رهاب الحقن يتساوى تقريبا بين كلا الجنسين .

دورة النمو :

يتطور نمو الرهاب المحدد في بعض الأحيان بعد حدث صادم (على سبيل المثال : هاجمه حيوان أو عالق في مصعد) ، كما أن مراقبة الآخرين يمر كذلك كحدث صادم (على سبيل المثال : مشاهدة شخص يغرق) ، أما هجوم الذعر غير المتوقع كأن يخشى ان يكون (على سبيل المثال : هجوم الذعر غير المتوقع أثناء مرور المترو فى الأنفاق) ، أو انتقال إعلامي (على سبيل المثال : لتغطية واسعة لحادث تحطم الطائرة) . ومع ذلك ، فإن العديد من الأفراد مع الرهاب المحدد غير قادرين على تذكر السبب المحدد لظهور الرهاب لديهم .

وعادة ما يتطور الرهاب المحدد في مرحلة الطفولة المبكرة ، وذلك مع الغالبية العظمى من الحالات النامية قبل سن ١٠ سنوات ، أما متوسط العمر في بدايته فيصل مابين (٧ - ١١ عام) مع متوسط في نحو عشر أعوام .

ويميل الرهاب المحدد الظرفي إلى أن يكون في بداية السن المتأخرة من البيئة الطبيعية (الحيوانات ، أو رهاب الحقن المحدد) . ويحدث الرهاب المحدد في مرحلتى

الطفولة والمراهقة ، ومن المرجح أن يحدث تشمع Wax وقد ينخفض خلال تلك الفترة . ومع ذلك ، فإن الرهاب التي لا يزال قائماً في مرحلة البلوغ ، إلا أنه من غير المرجح أن يتم تحويله بالنسبة لغالبية الأفراد .

وعندما يتم تشخيص الرهاب المحدد لدى الأطفال ، ينبغي النظر في مسألتين :

- الأولى : الأطفال الصغار الذين قد يعربوا عن خوفهم بالقلق والبكاء ، ونوبات الغضب أو التشبث .
- الثانية : الأطفال الصغار عادة ما يكونوا غير قادرين على فهم مفهوم الإبطال . لذلك ، ينبغي على الطبيب تجميع معلومات إضافية من الوالدين ، والمعلمين أو غيرهم ممن يعرفون الطفل بشكل جيد .

أما المخاوف المفرطة الشائعة جدا في الشباب والأطفال والتى عادة ما تكون عابرة ، والتى أقل ما يقال عنها فقط أنها مناسبة لمرحلة النمو ، وفي مثل تلك الحالات لن يتم تشخيصها بالرهاب المحدد .

وعندما يتم النظر في إمكانية تشخيص الرهاب المحدد لدى الطفل ، فمن المهم تقييم درجة الضعف ومدة الخوف ، والقلق ، أو الإبطال ، وسواء كان ذلك هو الحال (متناسباً) مع المرحلة التنموية الخاصة بالطفل ، أم لا .

وعلى الرغم من أن معدل انتشار الرهاب المحدد أقل في أعداد كبار السن ، إلا أنها تبقى واحدة من أهم الاضطرابات الأكثر شيوعا في المراحل المتأخرة من العمر .

لذا ينبغي النظر في العديد من القضايا عند تشخيص الرهاب المحددة في السكان المسنين لعدة أسباب :

- أولا : أن الأفراد الأكبر سنا قد يكونوا أكثر عرضة لتأييد الرهاب المحدد فى البيئة الطبيعية ، وكذلك الرهاب من السقوط .
- ثانياً : الرهاب المحدد (مثل كل اضطرابات القلق) يميل للمشاركة في حدوث أعراض المخاوف الطبية في الأفراد الأكبر سنا ، بما في ذلك مرض القلب التاجي والهوائية المزمنة ، وأمراض الرئة .
- الثالث : قد يكونوا أكثر عرضة لأعراض السمات المنتشرة لدى الأفراد الأكبر سنا مثل القلق الناتج عن الظروف الصحية .

- الرابع : قد يكونوا أكثر عرضة لإظهار القلق بطريقة غير نمطية (على سبيل المثال : النتائج التي تنطوي على أعراض القلق والاكتئاب على حد سواء) وبالتالي يكونوا أكثر عرضة لتبرير تشخيص اضطراب القلق غير المحدد . وبالإضافة إلى ذلك ، قد يرتبط بوجود الفوبيا المحددة لدى كبار السن مع انخفاض نوعية الحياة ، والتى يمكن أن تكون عامل خطر للتعرض لاضطراب عصبي كبير .

وعلى الرغم من أن غالبية الرهاب المحدد يحدث في مرحلتى الطفولة والمراهقة ، فمن الممكن للرهاب المحدد أن يتطور في أي عمر ، والذى غالبا ما يحدث نتيجة الخبرات الناتجة عن الصدمة . على سبيل المثال ، الرهاب من الاختناق - دائما تقريبا - يتبع حدث الاختناق القريب عبر أي سن .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : عوامل الخطر المزاجية للرهاب المحدد ، مثل الوجدان السلبي (العصابية) أو تثبيط السلوكية ، والتى تمثل عوامل خطر لاضطرابات القلق الأخرى .

البيئية : عوامل الخطر البيئية للرهاب محددة ، مثل Overprotectiveness الوالدين ، فقدان الوالدين والانفصال ، والاعتداء الجسدي والجنسي ، وتميل إلى التنبؤ باضطرابات القلق الأخرى كذلك . كما لوحظ في وقت سابق ، لقاءات سلبية أو الصدمة مع كائن يخشى منه ، أو الموقف أحيانا (لكن ليس دائما) الذى يسبق تطوير الرهاب المحدد .

الجينية والفسيولوجية : قد يكون هناك قابلية وراثية لفئة معينة من الرهاب المحدد (على سبيل المثال : الفرد مع أقرباء الدرجة الأولى مع الرهاب المحدد من الحيوانات / وهو الأكثر احتمالا ممن لديهم نفس الخوف تحديدا أكثر من أي فئة أخرى من أشكال الرهاب) . أما رهاب الحقن ، فيجنح أفراده إلى إظهار الميل للغشي الوعائي المبهم (الإغماء) في وجود حافز رهابي .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية :

في الولايات المتحدة ، والآسيويين واللاتينيين تظهر معدلات أقل بكثير من الرهاب المحدد بين البيض غير اللاتينيين ، الأمريكيين من أصل أفريقي ، والأمريكيين

الأصليين ، وذلك بالإضافة إلى وجود انخفاض فى معدلات انتشار الرهاب المحدد فى بعض البلدان خارج الولايات المتحدة ، ولا سيما فى البلدان الآسيوية والأفريقية ، والتى ،تظهر اختلاف فى محتوى الرهاب ، مع وجود تباينات فى بداياته العمرية، وفى النسب بين الجنسين .

مخاطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

تصل نسبة الأفراد مع الرهاب المحدد إلى ٦٠ ٪ وهم أكثر عرضة لإجراء محاولة انتحار ممن هم من الأفراد دون التشخيص غير المحدد . ومع ذلك ، فمن المرجح أن هذه المعدلات مرتفعة بسبب الاعتلال المشترك مع اضطرابات الشخصية واضطرابات القلق الأخرى في المقام الأول .

أما العواقب الوظيفية من الفوبيا المحددة للأفراد مع الرهاب المحدد فتظهر أنماطاً مماثلة من الضعف النفسي ، والتي تعمل على خفض نوعية الحياة كأفراد مع اضطرابات القلق الأخرى واضطرابات تعاطي الكحول ومواد الاستخدام المختلفة ، بما في ذلك الضعف في المهام الشخصية والمهنية .

أما في البالغين الأكبر سنا ، فيمكن أن ينظر إليها بانخفاض القيمة في المهام الاجتماعية ، أو فى تقديم أنشطة الرعاية التطوعية . وينظر إليها كذلك فى الخوف من وقوع كبار السن ، والذى يمكن أن يؤدي إلى ضعف الحركة ، وانخفاض الأداء البدني والاجتماعى ، ويمكن أن تؤدي إلى تلقي دعم رسمية / أو غير رسمية منزلى .

أما المحنة والضعف الناجم عن الرهاب المحددة فيميل إلى الزيادة مع عدد من الأشياء والمواقف المخيفة . وبالتالي ، فالشخص الذي يخشى أربعة أشياء من المحتمل أن يكون في أكثر حالات الضعف (له / أو لها) اجتماعية ، مع انخفاض قيمة ونوعية الحياة المهنية والاجتماعية .

والأفراد مع الرهاب المحدد مع الحقن غالبا ما يترددون في الحصول على الرعاية الطبية حتى عندما يكون مصدر القلق الطبي موجودا . بالإضافة إلى الخوف من التقيؤ والاختناق ، والذى قد يقلل بشكل كبير المدخول الغذائي .

التشخيص التفاضلي :

الخوف من الأماكن المكشوفة : الرهاب الظرفي المحدد قد يشبه الخوف من الأماكن المكشوفة في العروض السريرية ، ونظرا للتداخل في حالات الخوف (على سبيل

المثال : الأماكن المغلقة ، والمصاعد) . وقد يعاني الفرد من خوف واحد فقط من حالات الخوف من الأماكن المكشوفة ، ثم من الرهاب الظرفي المحدد ، والذي يمكن تشخيصه .

وإذا ما عاني الفرد (من اثنين أو أكثر) من حالات رهاب الميادين ، فإن التشخيص المرجح يبرر الخوف من الأماكن المكشوفة . وعلى سبيل المثال : الشخص الذي يخشى الطائرات والمصاعد (والتي تتداخل مع " النقل العام " والوضع المرتهب من الميادين) ولكن يخشى أن يتم تشخيص حالات مرتهب الميادين الأخرى مع الرهاب المحددة ، الظرفي ، فيمكن للفرد الذي يخشى الطائرات والمصاعد ، والحشود (والذي التداخل مع حالتين من : مرتهب الميادين ، " واستخدام وسائل النقل العام " و" أو أن يكون في حشد من الناس ") . وسيتم معها تشخيص الخوف من الأماكن المكشوفة . (المعيار B) ويمكن أن تكون مفيدة أيضاً في التفريق بين الخوف من الأماكن المكشوفة / عنها من الرهاب المحدد . إلا إذا كان يخاف تلك الحالات لأسباب أخرى ، مثل الخوف من أن يحدث له تضرر مباشر من قبل كائن أو الحالات أخرى (على سبيل المثال : الخوف من تحطم الطائرة ، والخوف من عض الحيوانات) ، قد يكون التشخيص محدد بالرهاب ، وهو الأكثر ملاءمة .

اضطراب القلق الاجتماعى : الحالات الاجتماعية التى يتضح فيها التقييم سلبي ، ينبغي تشخيصها باضطراب القلق الاجتماعى بدلا من الرهاب المحدد ، كما ان اضطراب قلق الانفصال ، فى حالة عدم تحديد سبب الانفصال من الرعاية الأولية ، ينبغي تشخيصه باضطراب قلق الانفصال بدلا من الرهاب المحدد .

اضطرابات الهلع : الأفراد مع الرهاب المحدد قد يواجهوا نوبات الذعر عندما يواجهوا الكائن الذى يخشوه (أوهام / ظلام / حيوان / طائرة) . وعندها سيعطى تشخيص رهاب محدد ، أما إذا وقعت هجمات الذعر فقط استجابة لكائن أو لحالة معينة ، فيكون التشخيص باضطرابات الهلع ، وخاصة إذا واجه الفرد أيضاً نوبات الهلع غير متوقعة (أي ليس ردا على رهاب كائن محدد أو وضع معين) .

اضطراب الوسواس القهري : ويرتبط بالخوف الأساس فى الفرد أو القلق من وضع ، أو نتيجة لهواجس (على سبيل المثال : الخوف من الدم بسبب أفكار الهوس حول التلوث من مسببات الأمراض التي تنتقل عن طريق الدم [مثل فيروس نقص المناعة

البشرية] ، والخوف من القيادة بسبب الهوس وصور حوادث السيارات أو من إحتمال إيذاء الأخرين) ، وإذا كانت معايير التشخيص الأخرى لاضطراب الوسواس القهري تلتقى ، فمن ثم يجب أن يتم تشخيصها باضطراب الوسواس القهري .

الصدمة والاضطرابات المرتبطة بالضغوطات : إذا كان الخوف يتطور بعد الصدمة فينبغي النظر في الحدث نفسة المسبب لاضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ، والتشخيص عندها يمكن أن يركز على الأحداث المؤلمة التي تسبق ظهور اضطراب ما بعد الصدمة والرهاب المحدد . وفي هذه الحالة ، فإن التشخيص سيحدد بالرهاب المعنى فقط ، وذلك إذا لم يتم الوفاء بجميع معايير اضطراب ما بعد الصدمة .

اضطرابات الأكل : لا يتم إعطاء تشخيص الرهاب المحدد ، إذا كان السلوك يرتبط حكرا على تجنب الطعام وذات الصلة بالأغذية ، وفي هذه الحالة يتم تشخيصه باضطراب فقدان الشهية العصبي أو الشره المرضي العصبي ، كما ينبغى النظر فى اضطراب طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى .

الاعتلال المشترك :

نادرا ما يشاهد الرهاب المحدد في الإعدادات الطبية السريرية في غياب الأمراض النفسية الأخرى وعلى نحو أكثر تواترا ينظر في إعدادات الصحة النفسية غير الطبية . أما الرهاب المحدد فكثيراً ما يرتبط مع مجموعة من الاضطرابات الأخرى ، وخاصة لدى كبار السن مع اكتئاب البالغين .

وبسبب البداية المبكرة ، للرهاب المحدد ، والذى يصنف عادة بالاضطراب الأولي المؤقت ، لذا فإن الأفراد مع الرهاب المحدد هم في خطر متزايد لتطوير اضطرابات أخرى ، بما في ذلك اضطرابات القلق الأخرى ، واضطرابات الاكتئاب والهوس الاكتئابي ، واضطرابات الأعراض الجسدية ، والاضطرابات ذات الصلة ، واضطرابات الشخصية (وخاصة اضطراب الشخصية التابعة) .

اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) :

معايير التشخيص (F40.10) :

A . الخوف أو القلق المحدد حول واحد أو أكثر الحالات والمهام الاجتماعية التي كان الفرد يتعرض لتدقيق ممكن نحوها من قبل الآخرين . وتشمل الأمثلة التفاعلات الاجتماعية (على سبيل المثال : وجود محادثة ، واجتماع مع ناس غير مألوفين) ، أو فى احتفال (مع مثل الأكل أو الشرب) ، وأداء أمام الآخرين (على سبيل المثال : يلقي خطابا) .

ملاحظة : في الأطفال ، يجب أن يحدث القلق في إعدادات الأقران وليس فقط من خلال التفاعلات مع البالغين .

B . قد يخشى الفرد (أنه / أو أنها) سوف يتصرف بطريقة أو ُيظهر أعراض القلق التي من شأنها أن يتم تقييمها بصورة سلبية (أي سوف تكون مهينة أو محرجة : وسوف يؤدي ذلك إلى الرفض أو الإساءة إلى الآخرين) . وجيمع المواقف الاجتماعية قد تثير (دائما / أو تقريبا) الخوف أو القلق .

ملاحظة : قد يُعرب الأطفال عن الخوف أو القلق بالبكاء ، أو بنوبات الغضب ، والتشبث ، وتقلص ، أو عدم التحدث في المواقف الاجتماعية ، كما قد يتم تجنب دال للمواقف الاجتماعية ، مع إحتمال ظهور الخوف الشديد أو القلق .

E . الخوف أو القلق هو أصل مما ينسب إلى التهديد الفعلي الذي يمثله الوضع الاجتماعى وإلى السياق الاجتماعى والثقافي .

F . الخوف ، والقلق ، أو الإبطال المستمر والذى عادة ما يستمر لمدة ٦ أشهر أو أكثر .

G . الخوف ، والقلق ، أو التجنب يسبب ضائقة مهمة سريريا ، أو ضعف في المجالات الهامة الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من صنوف الأداء .

H . والخوف ، والقلق ، أو التجنب لا ينسب إلى الآثار الفسيولوجية للمادة (على سبيل المثال : تأثير دواء معين على الاعتداء) أو نتيجة لحالة طبية أخرى ، كما أن الخوف ، والقلق ، أو التجنب لا يفسر بصورة أفضل من خلال وجود أعراض أخرى من الاضطراب العقلي ، مثل : اضطرابات الهلع ، الاضطرابات الجسمية ، أو اضطراب طيف التوحد .

J . فى وجود حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : مرض باركنسون ، والسمنة ، والتشوه ، أو الإصابة) الحاضرة ، أو الخوف ، والقلق .

تحديد ما إذا :

الأفراد مع اضطراب القلق الاجتماعى ، والرهاب عادة ما يكونوا أكثر عرضة للإعاقة في حياتهم المهنية الخاصة بهم (على سبيل المثال : الموسيقيين والرياضيين) أو في الأدوار التي تتطلب الخطابة العادية . أما مخاوف الأداء فقد تظهر أيضاً في العمل أو المدرسة ، أو الإعدادات الأكاديمية ، وفى العروض العامة العادية ، كما أن الأفراد مع اضطراب القلق الاجتماعى قد يخافوا ، أو يتجنبوا المواقف الاجتماعية .

الخصائص التشخيصية :

الميزة الأساس من اضطراب القلق الاجتماعى تتضح ما بين ، الشديدة أو الخوف ، أو القلق من الحالات الاجتماعية التي يعتقد فيها الفرد ، بأنه قد يتم التدقيق نحوه من قبل الآخرين . ويتسم مع الأطفال بالخوف ، والذى يسهم فى إحداث القلق والذى يتم عبر إعدادات الأقران / وليس فقط من خلال التفاعل مع البالغين .

A) . عندما يتعرض الأطفال لمثل هذه الحالات الاجتماعية ، الفردية فانه يخشى (أنه / أو أنها) سوف يكون سلبية تقييمه سلبياً . حيث أن الفرد مع اضطراب القلق (أنه / أو أنها) سوف يحكم عليه كما ، ضعيف ، مجنون ، غبي ، ممل ، تخويف ، وقذر ، أو غير مستساغ ، أو يخشى العمل بمفرده ، أو (أنه / أو أنها) سوف تعمل أو تظهر بطريقة معينة أو يظهر أعراض القلق ، مثل احمرار الوجه ، يرتجف ، وتعرق ، مع عثرة فى الكلام ، أو التحديق ، التي سيتم تقييمها سلبا من قبل الآخرين .

(B) . بعض الأفراد يخشون الإساءة من الآخرين أو التعرض للرفض كما نتيجة لذلك . والخوف من الإساءة إلى الآخرين ، على سبيل المثال : عن طريق النظر ، أو بواسطة إظهار أعراض القلق ، وقد يكون هذا الخوف سائداً في الأفراد من الثقافات المختلفة collectivistic والمرتبط بقوة التوجهات .

أما الفرد مع الخوف ، فقد ترتجف يده ، وقد يتجنب الأكل والشرب ، والكتابة ، ؛ وتتعرق يد الفرد ، وقد يتجنب المصافحة باليدين ، أو تناول الأطعمة

الغنية بالتوابل ، والفرد مع الخوف قد يحمر وجهه ، وقد يتجنب الأداء العلني ، والأضواء الساطعة ، ويخشى بعض الأفراد ، ويتجنب التبول في المراحيض العامة عندما يتواجد فيها أفراد آخرين (أي الاضطرابات البولية ، أو" متلازمة المثانة الخجولة") .

(C) . حيث تثير الأوضاع الاجتماعية دائما تقريبا الخوف أو القلق ، وبالتالي ، فإن الفرد الذي يصبح قلقا في بعض الأحيان فقط في الوضع الاجتماعى / لا يتم تشخيصه مع اضطراب القلق الاجتماعى ، ومع ذلك ، فإن درجة ونوع الخوف والقلق قد تختلف (على سبيل المثال : القلق الاستباقي ، وهجوم الذعر) وذلك عبر مناسبات مختلفة .

أما القلق الاستباقي فقد يحدث حتى في بعض الأحيان في وقت مبكر من الحالات القادمة (على سبيل المثال : القلق كل يوم لمدة أسابيع / قبل حضور مناسبة اجتماعية ، أو تكرار كلمة لعدة أيام مقدما) .

وقد يعرب الأطفال عن والخوف أو القلق بالبكاء ، ونوبات الغضب ، والتشبث ، أو تقليص في المواقف الاجتماعية ، وفي كثير من الأحيان يتجنب الفرد المواقف الاجتماعية . بدلا من ذلك ، يتم الإحساس بالخوف الشديد أو القلق .

(المعيار D) . تجنب ما يمكن أن يكون شاملاً (على سبيل المثال : رفض الذهاب إلى المدرسة) أو الأمور الخفية (على سبيل المثال : overpreparing تحويل الانتباه إلى الآخرين ، مما يحد من الاتصال بالعين) .

ويتم الحكم على الخوف أو القلق إذا كان ينسب إلى الخطر الفعلي من كونه سلبيا ، كما يتم تقييمه وفق عواقب مثل هذا التقييم السلبي (المعيار E) .

وفي بعض الأحيان ، لا يجوز الحكم على القلق بالمفرط ، لأنه يرتبط يترابط بخطر فعلي (على سبيل المثال : يتعرض للتخويف أو التعذيب من قبل الآخرين) . ومع ذلك ، فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى - في كثير من الأحيان - يبالغون في تقدير الآثار السلبية للحالات الاجتماعية ، وبالتالي صدور حكم ينسبوه إلى الطبيب .

كما يجب أن تؤخذ العوامل الاجتماعية والثقافية للفرد بعين الاعتبار عندما يتم اتخاذ تلك التشخيصات . على سبيل المثال : في بعض الثقافات ، فإن السلوك قد يظهر

قلقا اجتماعيا، والذى - على خلاف ذلك - قد يعتبر مناسباً في المواقف الاجتماعية (على سبيل المثال : يمكن أن ينظر إليه على أنه علامة على الاحترام) .

مدة الاضطراب هي عادة ٦ شهور على الأقل (المعيار F) . وهذه المدة تمثل عتبة تساعد على التمييز بين الاضطراب من المخاوف الاجتماعية - المشتركة العابرة - وخاصة بين الأطفال والمجتمع . ومع ذلك ، فإن معيار المدة ، ينبغي أن يستخدم كدليل عام ، مع درجة معينة من المرونة .

أما الخوف ، والقلق ، وتجنب التدخل فيجب أن يتشكل مع روتين الفرد العادي ، والمهنية أو العمل الأكاديمي ، أو الأنشطة والمهام الاجتماعية أو العلاقات ، كما يجب أن يسبب ضائقة سريرية مهمة أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من مهام العمل (المعيار G) . وعلى سبيل المثال : الشخص الذي يخاف التحدث في الأماكن العامة لن يحصل على تشخيص اضطراب القلق الاجتماعى ، وإذا كان هذا النشاط لا يتم بشكل روتيني كمهام وظيفة أو وفقاً لطبيعة عمله كمدرس في الفصول الدراسية ، ومع ذلك ، إذا كان الفرد يتجنب العمل أو التعليم (أنه / أو أنها) يتجنب حقا بسبب أعراض القلق الاجتماعى . فهنا تلتقى مع (المعيار G) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى قد يكونوا حازمين بالقدر الكافي / أو منقادين بشكل مفرط ، أو أقل شيوعا ، والسيطرة على درجة عالية من المحادثة (الكلام) . وقد يظهر بشكل مفرط جمود الجسم أو عدم كفاية الاتصال بالعين ، أو التحدث بصوت ناعم أكثر من اللازم .

وهؤلاء الأفراد قد يكونوا خجولين أو سحبها ، وأنهم قد يكونوا أقل انفتاحا في المحادثات والكشف قليلا عن أنفسهم . وقد يسعون إلى العمل في الوظائف التي لا تتطلب التواصل الاجتماعي ، وعلى الرغم من أن هذا ليس هو الحال بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى ، وقد يعيشون في المنزل لفترة أطول .

وقد يتأخر الرجال في الزواج ، خشية البعد عن العائلة ، أما التطبيب الذاتي مع المواد الشائعة ، وقد يشمل القلق الاجتماعى لدى البالغين الأكبر سنا تفاقم أعراض

الأمراض الطبية ، مثل زيادة الهزة أو عدم انتظام دقات القلب ، واحمرار الوجه كسمة مميزة للاستجابة المادية من أعراض اضطراب القلق الاجتماعى .

معدل الانتشار Prevaience :

وتشير التقديرات لمدة ١٢ شهرا من اضطراب القلق الاجتماعى فى للولايات المتحدة ما يقرب من ٧ ٪ . وينظر إلى أقل تقديرات معدل الانتشار لمدة ١٢ شهرا في كثير من أنحاء العالم باستخدام نفس التشخيص إلى حوالي ٠,٥ -٢,٠ ٪ أما معدل الانتشار الوسيط في أوروبا فهي ٢,٣ ٪ . مع معدلات الانتشار لمدة ١٢ شهرا في الأطفال والمراهقين بالمقارنة لأولئك البالغين، إلى انخفاض معدلات الانتشار مع تقدم العمر .

أما معدل الانتشار مع مدة ١٢ شهرا من كبار السن البالغين فتتراوح ما بين ٢ ٪ إلى ٥ ٪ . بشكل عام ، كما تم العثور على معدلات أعلى من اضطراب القلق الاجتماعى في الإناث من الذكور وذلك في عموم السكان (مع خلاف بنسب تتراوح بين ١,٥ إلى ٢,٢) أما الفروق بين الجنسين وفقاً لمعدلات الانتشار فهو أكثر وضوحا لدى المراهقين وصغار البالغين .

أما النسب بين الجنسين (فتعادل أو أعلى قليلا بالنسبة للذكور) في العينات السريرية ، ويفترض أن أدوار الجنسين والتوقعات الاجتماعية تلعب دورا هاما في تفسير في سلوك التماس المساعدة المشددة في المرضى الذكور . أما معدل الانتشار في الولايات المتحدة فهو أعلى في الهنود الحمر مع انخفاضها فى الأفراد الآسيويين ، واللاتينيين ، والأفارقة ، أما نسب المنحدرين من منطقة البحر الكاريبي مقارنة مع البيض غير اللاتينيين فهى متقاربة .

دورة النمو :

متوسط العمر في بداية اضطراب القلق الاجتماعى في الولايات المتحدة هو ١٣ عاما ، وهناك نسبة ٧٥ ٪ من الأفراد لديهم بداية ظهور الأعراض فى سن ما بين ٨ - ١٥ عاما .

ويظهر هذا الاضطراب في بعض الأحيان منذ بدء تاريخ الطفولة من تثبيط أو الخجل الاجتماعى ، وهو ما تشير إليه الدراسات الأميركية والأوروبية ، ويمكن أن تحدث بدايته أيضاً في مرحلة الطفولة المبكرة .

أما ظهور اضطراب القلق الاجتماعى فقد يتبع تجربة مهينة ، أو مجهدة (على سبيل المثال : يتعرض للتخويف والقيء أثناء خطاب عام) وقد يبدأ الاضطراب غدرا ، أو يتطور ببطء .

أما ظهوره لأول مرة فيبدأ في مرحلة البلوغ - وهي نادرة نسبيا - إلا أن الأكثر والمرجح أن يبدأ بعد حدث مجهد أو مهين ، أو بعد تغيرات فى الحياة التي تتطلب أدوراً اجتماعية جديدة (على سبيل المثال : الزواج من شخص من طبقة اجتماعية مختلفة) .

اضطراب القلق الاجتماعى قد يزول بعد الزواج ، وربما يعود إليه بعد الطلاق ، وذلك بين الأفراد الذين يسعون لتقديم الرعاية السريرية ، أما الاضطراب فيميل إلى أن يكون ثابتاً بشكل خاص .

فى حين يؤيد المراهقين نمطاً أوسع نطاقاً من الخوف والتجنب الاجتماعى ، بما في ذلك الرجوع تاريخياً فى مقارنتهم مع الأطفال الأصغر سنا .

كما ُيعبر كبار السن تعبير عن القلق الاجتماعى في المستويات الدنيا وذلك عبر مجموعة واسعة من الحالات ، في حين أن البالغين الأصغر سنا يعبروا عن مستويات أعلى من القلق الاجتماعي نحو مواقف معينة . ويتعلق القلق الاجتماعى لدى كبار السن ، بالإعاقة بسبب تراجع الأداء الحسي (السمع ، الرؤية) أوالحرج بظهور مظهر واحد (على سبيل المثال : الشلل الرعاش كعرض من أعراض مرض باركنسون) أو عملهم بسبب ظروف طبية ، مثل سلس البول ، أو ضعف الإدراك (على سبيل المثال : ينسى أسماء الناس) .

أما النسب في المجتمع فتصل إلى ما يقرب من ٣٠ ٪ من الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى كتجربة مغفرة من الأعراض حدود مرة واحدة في السنة ، وحوالي ٥٠ ٪ من تجربة المغفرة في غضون بضعة سنوات ، وذلك لحوالي ٦٠ ٪ من الأفراد دون علاج محدد لاضطراب القلق الاجتماعى ، وبالطبع يستغرق العلاج عدة سنوات أو لفترة أطول .

الكشف عن اضطراب القلق الاجتماعى في كبار السن قد يكون تحديا بسبب عدة العوامل : بما في ذلك التركيز على الأعراض الجسدية / حالة طبية مرضية / بصيرة محدودة / التغيرات في البيئة الاجتماعية أو الأدوار التي قد ُتظهر انخفاض عمل المهام الاجتماعية / تكتم وصف المعاناة النفسية .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : الصفات الأساس التي تهيئ الأفراد على اضطراب القلق الاجتماعى ، تشمل تثبيط السلوكية والخوف من التقييم السلبي .

البيئية : ليس هناك دور مسبب لزيادة معدلات سوء المعاملة في مرحلة الطفولة أوغيرها من البداية المبكرة للشدائد النفسية والاجتماعية في تطوير اضطراب القلق الاجتماعى . ومع ذلك ، فإن سوء المعاملة في مرحلة الطفولة والشدائد هي عوامل الخطر لاضطراب القلق الاجتماعى .

الجينية والفسيولوجية : وتتصل بالصفات المهيئة للأفراد على اضطراب القلق الاجتماعى ، مثل تثبيط السلوكية ، كما تتأثر بشدة بالعوامل الوراثية . ويخضع تأثير العوامل الوراثية للتفاعل بين الجينات والبيئة ، وهو ما يتضح مع الأطفال منذوي الإعاقة السلوكية العالية ، والذين هم أكثر عرضة للتأثيرات البيئية ، مثل النمذجة الاجتماعية الحريصة من قبل الآباء والأمهات ، كما تؤثر الموروثات كذلك على اضطراب القلق الاجتماعى (إلا أن أداء القلق فقط يتأثر بنسب أقل بتلك الموروثات) .

ولدى الأقارب من الدرجة الأولى من(٢-٦ مرات) فرصة أكبر من وجود اضطراب القلق الاجتماعى ، والمسؤولية من الاضطراب الذى ينطوي على التفاعل بين اضطراب محددة (على سبيل المثال : الخوف من التقييم السلبي) و(على سبيل المثال : العصابية) والعوامل الوراثية غير المحددة .

قضايا ذات صلة ثقافية تشخيص :

غالباً ما تتميز متلازمة kyofusho taijin [1] (على سبيل المثال : في اليابان وكوريا) من خلال المخاوف ، التى تستوفى معايير اضطراب القلق الاجتماعى ، والتي ترتبط مع الخوف الذي يجعل نظرة الفرد إلى الأشخاص الآخرين غير مريحة (على سبيل المثال : "نظرتي تزعج الناس حتى يبدو بعيدين عنى ويتجنبونى ") ، وهو الخوف الذي هو في بعض الأحيان يرتبط بكثافة الوهمية ، ويمكن أيضاً لهذا العرض العثور عليه في إعدادات غير آسيوية . أما العروض الأخرى فقد تفي بمعايير اضطراب تشوه الجسم أو اضطراب الوهمية .

ويرتبط اضطراب القلق الاجتماعى بمركز المهاجر (المغترب) مع معدلات أقل بكثير من اضطراب القلق الاجتماعى لدى مجموعات البيض على حد سواء من اللاتيني وغير اللاتيني .

أما معدلات الانتشار اضطراب القلق الاجتماعى فقد لا تكون في خط واحد مع مستويات القلق الاجتماعى الذاتي لنفس الفئة الثقافية ، مع توجهات قوية نحو مستويات عالية من القلق الاجتماعى ولكن بمعدل الانتشار المنخفض لاضطراب القلق الاجتماعى ، كما يتم تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين / لدى الإناث الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى ، واللائى أظهرن عن عدد أكبر من المخاوف الاجتماعية والمرضية المرتبطة بإضطرابات الاكتئاب ، وبين القطبين ، والقلق ، والذين

(١) متلازمة **Taijin Kyofusho** والمحددة الثقافة هي الرهاب الاجتماعي التعامل مع القلق الاجتماعي. لأولئك الذين من المحتمل أن يشعروا بالحرج للغاية من أنفسهم أو للآخرين الاستياء عندما يتعلق الأمر إلى وظائف من أجسادهم أو ظهورهم. هذه وظائف الجسم والمظاهر وتشمل وجوههم، ورائحة، والإجراءات، أو حتى يبدو أنهم لا يريدون إحراج الآخرين مع وجودهم. ويستند هذا متلازمة ملزمة الثقافة على الخوف والقلق. وتشمل أعراض هذا الاضطراب تجنب مباريات الاجتماعية والأنشطة، سرعة ضربات القلب، وضيق في التنفس، ونوبات الهلع، ويرتجف، ومشاعر الخوف والذعر عندما حول الناس. أسباب هذا الاضطراب هي أساسا من الصدمة العاطفية أو النفسية آلية الدفاع. وهو أكثر شيوعا في الرجال أكثر من النساء. [٥] ويقدر انتشار مدى الحياة على ثلاثة إلى ١٣٪.

هن أكثر عرضة للخوف من الذكور ، ويزداد استفحال خطر اضطراب القل الاجتماعى مع التعرض لخلل التحدي الاعتراضي أو اضطراب السلوك ، واستخدام الكحول والمخدرات غير المشروعة لتخفيف أعراض هذا الاضطراب . مع الاضطرابات البولية التي هى أكثر شيوعا لدى الذكور .

عواقب وظيفية من اضطراب القلق الاجتماعى : يرتبط اضطراب القلق الاجتماعى مع معدلات مرتفعة من التسرب من المدارس ومع انخفاض فى أداء العمل والإنتاجية ، والحالة الاجتماعية والاقتصادية ، ونوعية الحياة الضاغطة . كما يرتبط اضطراب القلق الاجتماعى أيضاً مع كونه متزوج ، أوغير متزوج ، أو مطلق مع عدم وجود الأطفال ، وخاصة بين الرجال .

أما لدى كبار السن ، فقد يكون هناك ضعف في واجبات الرعاية والأنشطة التطوعية ، كما قد يعوق اضطراب القلق الاجتماعى أيضاً الأنشطة الترفيهية . وعلى الرغم من مدى الضيق والضعف الاجتماعي المرتبط بإضطرابات القلق لحوالي نصف الأفراد المصابين بهذا الاضطراب في المجتمعات الغربية / والذين هم فى حاجة – أكثر من أي وقت مضى – طلباً للعلاج ، وأنهم لا يميلون إلى طلب العلاج إلا بعد ١٥-٢٠ سنة من الأعراض التى يعانوا منها . لكن ذلك لا يشكل مؤشرا قويا لاستمرار اضطراب القلق الاجتماعي .

التشخيص التفاضلي :

الخجل المعياري : الخجل (أي التحفظ الاجتماعي) كسمة شخصية مشتركة وليست مرضية فى حد ذاتها بصورة نسبية في بعض المجتمعات ، وحتى الخجل يمكن تقييمه بالإيجابي .

ومع ذلك ، عندما يكون هناك تأثير سلبي كبير على المهام الاجتماعية والمهنية ، وغيرها من مهام مجالات عمل الأخرى ، كما ينبغي النظر في تشخيص اضطراب القلق الاجتماعى ، وعندما يتم استيفاء معايير التشخيص الكاملة ، ينبغي اتخاذ تشخيصه باضطراب القلق الاجتماعى .

أقلية فقط بنسبة (١٢ ٪) من الأفراد الخجولين التي تم تحديدهم في الولايات المتحدة لديهم الأعراض التي تلبي معايير التشخيص لاضطراب القلق الاجتماعى ، والخوف من الأماكن المكشوفة .

أما الأفراد مع الخوف من الأماكن المكشوفة فقد الخوف يتجنبوا المواقف الاجتماعية (على سبيل المثال : الذهاب إلى رحلة مثلاً) لأن الهروب قد يكون من الصعب أو غير متاح في حال العجز أو ما يشبه أعراض الهلع ، في حين أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى هم أكثر خوفا من النظر والتدقيق من قبل الآخرين .

وعلاوة على ذلك ، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى من المرجح أن يكونوا هادئين تماما عندما يتصرفوا بمفردهم ، والتي غالبا ما يتغير (غير الحال) في الخوف من الأماكن المكشوفة .

اضطرابات الهلع : الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى قد يعانوا من نوبات الهلع ، ومن القلق من التقييم السلبي لهم ، في حين تتضح مع اضطرابات الهلع هجمات الذعر .

اضطراب القلق العام : المخاوف الاجتماعية الشائعة في اضطراب القلق العام ، تركز أكثر على طبيعة العلاقات المستمرة بدلا من التركيز على مخاوف التقييم السلبي من الآخرين .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق العام ، وبخاصة الأطفال ، فقد يتسموا بالمخاوف المفرطة بشأن جودة الأداء الاجتماعى ، ولكن هذه المخاوف تتعلق أيضاً بالأداء غير الاجتماعي ، عندما لا يتم تقييم الفرد من قبل الآخرين . كما يركز اضطراب القلق الاجتماعى ، على هموم الأداء الاجتماعى وعلى تقييم الآخرين .

اضطراب قلق الانفصال : الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال قد يتجنبوا الأوساط الاجتماعية (بما في ذلك رفض المدرسة) بسبب مخاوف بشأن التعرض للانفصال ، أما في الأطفال ، فيتطلب وجود أحد الوالدين عندما (والذى لا يتناسب مع مرحلة النمو العمرية) .

كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب قلق الانفصال ، عادة ما يكونوا مريحين في الأوساط الاجتماعية ، نظراً لتمسكهم بالتواجد/ أو عندما يكونون في المنزل ، في حين أن أولئك الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى قد تكون غير مريحين مع الأوضاع الاجتماعية التى تحدث في المنزل أو في وجود شخصيات ترتبط بالرهاب المحدد .

أما الأفراد مع الرهاب المحدد فهم يخشون الإحراج أو الإهانة (على سبيل المثال : الحرج عندما يحدث إغماء لديهم) ، لكنهم لا يخشوا عموما التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية الأخرى .

الخرس الانتقائي :

الأفراد مع الخرس الإنتقائي ، قد يفشلوا في الكلام بسبب الخوف من التقييم السلبي ، لكنهم لا يخشون التقييم السلبي في المواقف الاجتماعية التي لا يوجد فيها متحدث مطلوب (على سبيل المثال : اللعب غير اللفظي) .

الاضطراب الاكتئابي : الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي قد يكونوا قلقين حول ما يجري تقييمهم سلبيا من قبل الآخرين ، لأنهم يشعرون أنهم سيئون أو لا يستحقو أن يحبهم أحد . وفي المقابل فإن ، الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي قلقون حول ما يجري تقييمهم سلبا بسبب سلوكيات اجتماعية معينة أو نتيجة للأعراض الجسدية .

إضطراب تشوه الجسم : الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسم مشغولون مع واحد أو أكثر من العيوب المتصورة أو عيوب في مظهرهم ، والتي لا يمكن ملاحظتها ، أو تظهر بشكل طفيف للآخرين ، وهو غالبا ما يسبب انشغال بالقلق الاجتماعي والإبطال .

وإذا تسبب مخاوفهم الاجتماعية ، في التجنب فقط حول معتقداتهم ، رغم عدم وجود ما يبرر المظهر ، عندها يتم اتخاذ التشخيص المنفصل من اضطراب القلق الاجتماعي .

أما اضطراب الوهمية ، فيتضح لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوهمية ، وقد تكون الأوهام nonbizarre أو الهلوسة متعلقة بموضوع الوهمية التي تركز على التعرض للرفض من قبل الآخرين ، أو الإساءة إليهم . وذلك على الرغم من أن النظرة الثاقبة لمعتقداتهم حول الأوضاع الإجتماعية، قد تختلف ، مع العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي ، ممن لديهم دراية جيدة بأن أصول معتقداتهم تنسب إلى التهديد الفعلي الذي يمثله الوضع الاجتماعي .

إضطراب طيف التوحد : القلق الاجتماعى، وعجز التواصل الاجتماعى هي السمات المميزة لاضطراب طيف التوحد . أما هؤلاء الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى فعادة لا يقيموا علاقات إجتماعية مناسبة لفئتهم العمرية بنسب كافية ، أما القدرة على التواصل الاجتماعى ، فإنها قد تظهر انخفاض لديهم عند التعامل الأولى مع أقرانهم غير المألوفين أو البالغين .

اضطرابات الشخصية : تتميز اضطرابات الشخصية بالبدايه المتكررة في مرحلة الطفولة وثباته في خلال مرحلة البلوغ ، ويشبه اضطراب القلق الاجتماعى اضطراب الشخصية . أما التداخل الأكثر وضوحاً فيتضح مع اضطراب الشخصية الانطوائية . فالأفراد مع اضطراب الشخصية الانطوائية لديهم نمط تجنب أوسع من تلك التي تتضح مع اضطراب القلق الاجتماعى .

ورغم ذلك ، فإن اضطراب القلق الاجتماعى هو عادة الأكثر ارتباطاً مع الشخصية الانطوائية / عنها من اضطرابات الشخصية الأخرى ، كما أن مضطربى الشخصية الانطوائية أكثر إضطراباً من الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى ، عنه من اضطرابات القلق الأخرى .

الاضطرابات النفسية الأخرى : يمكن أن تحدث المخاوف الاجتماعية ، مع عدم الراحة كجزء من انفصام الشخصية ، لكن الأدلة الأخرى للأعراض الذهانية الموجودة لدى الأفراد مع اضطراب الأكل ، ومن المهم تحديد الخوف المرتبط بالتقييم السلبي مع أعراض اضطراب الأكل أو السلوكيات المتصلة به (على سبيل المثال : تطهير وقيء) والذى لا يشكل المصدر الوحيد للقلق الاجتماعي ، وذلك قبل تطبيق تشخيص اضطراب القلق الاجتماعى ، والذى قد يترافق مع اضطرابات القلق الاجتماعى ، كما يستخدم التشخيص الإضافي لاضطراب القلق الاجتماعى / عندما تتضح المخاوف الاجتماعية ، مع التجنب المستقل لبؤر الهواجس والدوافع .

الحالات الطبية الأخرى : الظروف الطبية قد تنتج الأعراض التي قد تكون محرجة (يرتجف على سبيل المثال مع مثل مرض باركنسون) . وعند الخوف من التقييم السلبي بسبب تلك الظروف الطبية الأخرى غير المفرطة ، وعندما يتم تشخيص اضطراب القلق الاجتماعى ينبغي الأخذ بعين الاعتبار أعراض اضطراب خلل التحدي الاعتراضي ،

ويجب التفريق بين رفض التحدث بسبب معارضة سلطة الكبار / وبين عدم الكلام بسبب الخوف من التقييم السلبي .

الاعتلال المشترك :

غالبا ما يرتبط اضطراب القلق الاجتماعى المرضي / مع مضمون اضطرابات القلق الأخرى ، مثل اضطرابات الاكتئاب ، والتى قد تسبق - عموما - ظهور اضطراب القلق الاجتماعى ، وذلك باستثناء الرهاب المحدد واضطراب قلق الانفصال .

أما العزلة الاجتماعية المزمنة فقد تجرى فى سياق اضطراب القلق الاجتماعى ، والذى قد يؤدي إلى اضطرابات الاكتئاب الرئيسة . أما الاعتلال المشترك مع الاكتئاب فهو مرتفع أيضاً لدى كبار السن .

أما المواد التى يمكن استخدامها من التطبيب الذاتي للمخاوف الاجتماعية ، والمتصل بأعراض التسمم بمادة / أو الانسحاب من مادة ، والذى يظهر - مع هذا الانسحاب - مثل الارتجاف ، وقد يكون أيضاً مصدرا (للمزيد) من الخوف الاجتماعى . اجتماعي وكثيراً ما يترافق اضطراب القلق المرضي / مع الاضطراب الثنائي القطب ، أو مع اضطراب تشوه الجسم ؛ على سبيل المثال : الفرد لديه اضطراب تشوه الجسم الذى يتعلق بالانشغال بالذات .

أما الشكل الأكثر عمومية من اضطراب القلق الاجتماعى ، فيرتبط بالأداء فقط ، وغالبا ما يرتبط مع الانطوائية المرضية ، ومع اضطراب الشخصية لدى الأطفال ، ومع الأمراض المصاحبة له مثل اضطراب التوحد ، واضطراب انتقائية الخرس الشائعة .

اضطراب الهلع :

معايير التشخيص (F41.0) :

A . نوبات متكررة من الذعر غير المتوقعة . هجوم الذعر هو طفرة مفاجئة من الخوف الشديد أو الانزعاج الشديد الذي يصل ذروته في غضون دقائق ، وقد تحدث خلال أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية ؛ ملاحظة : يمكن أن يحدث ارتفاع مفاجئ من حالة الهدوء إلى نوبة الذعر غير المتوقعة .

١. الخفقان ، وقصف القلب ، أو تسارع دقات القلب .

٢. التعرق .
٣. يرتجف أو يهتز .
٤. الإحساس بضيق في التنفس أو اختناق .
٥. مشاعر الاختناق .
٦. ألم في الصدر أو عدم الراحة .
٧. الغثيان أو تلبك معوي .
٨. الشعور بالدوار ، تقلب ، طائش ، أو خافت .
٩. قشعريرة أو الأحاسيس بالحرارة .
١٠. مذل (خدر أو وخز الأحاسيس) .
١١. الغربة عن الواقع (مشاعر غير واقعية) أو تبدد الشخصية (يجري بمعزل عن النفس) .
١٢. الخوف من فقدان السيطرة أو " بالجنون " .
١٣. الخوف من الموت .

ملاحظة : أعراض ثقافة محددة (على سبيل المثال : طنين ، ووجع الرقبة ، والصداع ، ولا يمكن السيطرة عليها من الصراخ / أو البكاء) يمكن أن ينظر إليها ، ولا ينبغي أن نعول مثل هذه الأعراض باعتبارها واحدة من الأعراض الأربعة المطلوبة .

وقد اتبع معيار B . واحد على الأقل من تلك الهجمات التي ُتشن مرة واحدة الشهر (أو أكثر) من واحد أو كلا من ما يلي : -

١. قلق مستمر أو قلق حول هجمات الذعر الإضافية أو عواقبها (على سبيل المثال : فقدان السيطرة ، نوبة قلبية ، " فترة جنون ") .
٢. تغيير كبير في السلوك غير القادر على التأقلم على صلة بهجمات (على سبيل المثال : تهدف هذه السلوكيات إلى تجنب وجود نوبات الهلع) .

C . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، تعاطي المخدرات) أو نتيجة حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : فرط إفراز الغدة الدرقية ، اضطرابات القلب) .

D . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال : فإن نوبات الهلع لا تحدث إلا استجابة لحالات اجتماعية ، كما هو الحال في اضطراب القلق الاجتماعى : -

- ردا على هجوم رهابي مقيد أو كما هو حالات الرهاب المحدد :
- ردا على الهواجس ، كما في اضطراب الوسواس القهري .
- أحداث الصدمة ، كما هو الحال في اضطراب ما بعد الصدمة : أو استجابة لفصل من اضطرابات القلق .

الخصائص التشخيصية :

ويشير اضطراب الهلع إلى نوبات متكررة غير متوقعة (A) . أما هجوم الذعر فهو طفرة مفاجئة من الخوف الشديد أو عدم الراحة الشديدة التي تصل إلى ذروتها في غضون دقائق ، وخلال هذه الفترة أربعة أو أكثر من قائمة (الـ ١٣ السابقة) قد تُحدث الأعراض الجسدية والمعرفية .

مصطلح المتكررة / يعني حرفيا الهجوم بصورة أكثر من الذعر غير المتوقع : ويشير مصطلح غير المتوقع إلى أن ذعر الهجوم لا يوجد مبرر قوى له في وقت حدوثه ، ويبدو أن الهجوم يمكن أن لا يحدث من فراغ ، مثل عندما يكون الفرد فى حالة استرخاء أو خارج من النوم (ذعر الهجوم الليلي) .

وفي المقابل ، فمن المتوقع بأن تكون هجمات الذعر بمثابة جديلة واضحة للانطلاق ، مثل الوضع في الذى عادة ما تحدثه نوبات الهلع .

ومن المتوقع تحديد ما إذا كانت نوبات الهلع تتم بضورة غير متوقعة من قبل الطبيب ، الذي يجعل هذا الحكم على أساس مزيج من الاستجواب الدقيق لتسلسل الأحداث (التي سبقت / أو أدت) إلى بدء الهجوم والتى قد تحدث دون سبب واضح .

كما أن التفسيرات الثقافية قد تؤثر على كم نوبات الذعر كما هو متوقع أو غير متوقع (انظر القسم "تشخيص القضايا ذات الثقافة" لهذا الإضطراب) . وعلى سبيل المثال : في الولايات المتحدة وأوروبا ، حوالي نصف الأشخاص الذين يعانون ويتوقعون هجمات الذعر ، وكذلك الهلع / ونوبات اضطراب الهلع غير المتوقعة . وبالتالي ، فإن جود نوبات الذعر المتوقع لا يستبعد تشخيص اضطراب الهلع .

وتختلف وتيرة وشدة هجمات الذعر على نطاق واسع : من حيث التردد ، وقد تكون الهجمات متكررة بشكل معتدل (على سبيل المثال : واحدة في الأسبوع) لعدة أشهر في وقت واحد ، أو رشقات قصيرة نارية من هجمات أكثر تواترا (مثل اليومية) مفصولة لأسابيع أو أشهر دون أي هجمات أو مع هجمات أقل تواترا (مثل اثنين في الشهر) على مدى سنوات عديدة .

أما الأشخاص الذين يعانوا من نوبات الهلع النادرة ، والتى هى أكثر شيوعا من حيث من أعراض الذعر الهجوم ، والخصائص الديموجرافية ، والاعتلال المشترك مع اضطرابات أخرى ، وذات الصة بالتاريخ العائلي ، والبيانات البيولوجية . من حيث الشدة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع ، وقد تشكل الحالة الكاملة أعراض (أربعة أو أكثر من الأعراض) أو أعراض محدودة (أقل من أربعة أعراض من الهجمات) ، كما أن عدد ونوع أعراض هجوم الذعر، يختلف كثيراً عن هجوم الذعر لمرة واحدة إلى أخرى . ومع ذلك ، فمن غير المتوقع أن تشمل كامل الأعراض أكثر من هجوم واحد من الذعر المطلوب لتشخيص اضطراب الهلع .

وعادة ما تتعلق المخاوف حول نوبات الهلع أو عواقبها بالمخاوف المادية ، مثل الشعور بالقلق من أن نوبات الهلع قد تعكس وجود الأمراض التي تهدد الحياة (على سبيل المثال : أمراض القلب ، واضطراب الاستيلاء)؛ والشواغل الاجتماعية ، مثل الإحراج أو الخوف من أن يجري الحكم سلبا (من قبل الآخرين) على أعراض الذعر المرئية لهم ؛ أو مخاوف بشأن الأداء العقلي ، مثل الاتهام " بالجنون " أو فقدان السيطرة (B) ، والتهيؤ لتغيرات في السلوك تمثل محاولات (لتقليل / أو تجنب) نوبات الذعر أو عواقبها .

وتشمل الأمثلة تجنب المجهود البدني ، وإعادة تنظيم الحياة اليومية لضمان تحقيق المساعدة المتاحة في حال وقوع هجوم الذعر ، أو تقييد الأنشطة اليومية المعتادة ، وتجنب حالات الرهاب اجتماعي ، مثل مغادرة المنزل ، والخوف من استخدام وسائل النقل العام ، أو التسوق . كما قد يحدث خوف من الأماكن المكشوفة ، والذى قد ُيعطى تشخيص منفصل من الخوف من الأماكن المكشوفة .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

نوع آخر من هجوم الذعر الهجوم غير متوقع ، هو هجوم الذعر الليلي (أي الاستيقاظ من النوم في حالة من الذعر ، والذي يختلف من هلع ما بعد الاستيقاظ تماما من النوم) . في الولايات المتحدة ، والدول الأوروبية ، يقدر أن يحدث هذا النوع من هجوم الذعر (مرة واحدة على الأقل) في ما يقرب من ربع إلى ثلث الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع ، حيث أن الأغلبية منهم أيضاً لديهم نوبات ذعر نهارية . بالإضافة للقلق حول هجمات الذعر وعواقبها ، فإن العديد من الأفراد مع تقارير ثابتة مع اضطرابات الهلع / مع المشاعر المتقطعة المرتبطة بالقلق ، وبشكل أوسع مع المخاوف الصحية والصحة النفسية . وعلى سبيل المثال : الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع غالبا ما يتوقعون نتائج كارثية بدنية (جسمية) مع أعراض للأثار الجانبية لإستخدام الدواء (على سبيل المثال : يعتقد أنه قد يكون لديهم أمراض القلب أو صداع / يتصورون معه أنه ورم في المخ) . وهؤلاء الأفراد غالبا ما يكونوا متسامحين نسبيا من الآثار الجانبية الدواء .

وبالإضافة إلى ذلك ، قد تكون هناك مخاوف منتشرة حول القدرة على إنجاز المهام اليومية أو تحمل الضغوطات اليومية ، مع الاستخدام المفرط للأدوية (على سبيل المثال : الكحول ، والأدوية الموصوفة أو المخدرات غير المشروعة) للسيطرة على نوبات الذعر ، أو السلوكيات المتطرفة التى تهدف إلى السيطرة على نوبات الذعر (على سبيل المثال : قيودا شديدة على تناول الطعام ، أو تجنب بعض الأطعمة أو الأدوية المحددة بسبب مخاوف بشأن الأعراض الجسدية التي قد تثير هجمات الذعر لديهم) .

معدل الانتشار Prevalende :

في عموم السكان ، يصل تقدير معدل الانتشار (لمدة ١٢ شهرا) لاضطرابات الهلع عبر الولايات المتحدة الأمريكية وعدة دول أوروبية (لحوالي ٢-٣٪) في البالغين والمراهقين .

وفي الولايات المتحدة ، سجلت معدلات أقل بكثير من اضطرابات الهلع بين اللاتينيين ، والأميركيين الأفارقة والسود من منطقة البحر الكاريبي ، والأميركيين الآسيويين ، مقارنة مع غير اللاتينيين البيض ؛ والهنود الحمر .

وتتأثر الإناث أكثر من الذكور باضطرابات الهلع ، بمعدل حوالي ٢ : ١.ويحدث التمايز بين الجنسين في مرحلة المراهقة ، وفعلياً يمكن ملاحظتها قبل سن ١٤ عاما . وعلى الرغم من أن هجمات الذعر تحدث لدى الأطفال ، إلا أن معدل انتشار اضطراب الهلع منخفضة قبل سن ١٤ سنة (< ٠,٤ ٪) . وتظهر معدلات اضطرابات الهلع زيادة تدريجية خلال فترة المراهقة ، لا سيما في الإناث ، وربما بعد سن البلوغ ، وخلال ذروة مرحلة البلوغ . كما تنخفض معدلات الانتشار في الأفراد الأكبر سنا (أي ٠,٧ ٪ في البالغين فوق سن ٦٤) ، وربما يعكس تضاؤل شدة الحالة هنا إلى وصولها إلى مستويات ما تحت الإكلينيكي .

دورة النمو :

متوسط العمر في بداية لاضطرابات الهلع في الولايات المتحدة هو ٢٠-٢٤ سنة . وقد تبدأ مع عدد من الحالات في مرحلة الطفولة ، أما بداية الاضطراب فى بداية بعد سن ٤٥ عاما فهو أمر غير عادي ولكن يمكن أن يحدث . أما الدورة المعتادة للاضطراب ، - دون علاج - فيزداد فى الصباح ، ثم يتراجع تدريجياً . وبعض الأفراد تتفشي بينهم الأعراض مع سنوات من مغفرة (تعافى) مع غيرها من الأعراض الشديدة المستمرة .

كما أن هناك قلة أقلية فقط من الأفراد يتعافون دون انتكاس لاحق في غضون بضع سنوات ، أما مسار اضطراب الهلع فعادة ما يكون معقداً بالتوازى مع مجموعة من الاضطرابات الأخرى ، وبخاصة اضطرابات القلق الأخرى ، والاضطرابات الاكتئابية ، أو بتأثير مادة (انظر القسم " الاعتلال المشترك " لهذا الإضطراب) .

وعلى الرغم من أن اضطراب الهلع نادرا جدا في مرحلة الطفولة ، إلا أنه توجد لديهم " نوبات من الخوف" والذى يعود - في كثير من الأحيان - بأثر رجعي إلى مرحلة الطفولة . وكما هو الحال في البالغين ، فإن اضطرابات الهلع لدى المراهقين تميل إلى أن تكون مزمنة ومتكررة ومرضية مع اضطرابات القلق الأخرى ، والاكتئاب ، واضطرابات القطبين .

وحتى الآن ، لا يوجد خلاف في التشخيص السريري بين المراهقين ، كما تم كشفه مع البالغين ، إلا أنهم أقل قلقا من المراهقين نحو هجمات الذعر .

كما تنخفض معدلات انتشار اضطرابات الهلع في كبار السن البالغين ، ويبدو أن تُعزى إلى طبيعة السن المتصلة " بالتلطف " من استجابة النظام مع الجهاز العصبي اللاإرادي . ويلاحظ العديد من الأفراد الأكبر سنا مع "مشاعر الذعر المختلطة " من هجمات ذعر محدودة ، أو مع أعراض القلق العام .

كما تميل سمة نوبات الذعر لدى كبار السن أيضاً لبعض المواقف العصيبة ، مثل إجراء طبي أو وضع اجتماعي . أما الأفراد الأكبر سنا فقد تؤيد تفسيرات هجوم الذعر - بأثر رجعي - والتي من شأنها الحيلولة دون تشخيص اضطراب الهلع ، وحتى لو كان هجوم الذعرغير متوقع في لحظة معينة ، وبالتالي قد لايؤهل أساس لتشخيص اضطرابات الهلع ، هذا قد يؤدي إلى نقص تأييد هجمات الذعر غير متوقعة في الأفراد الأكبر سنا . وبالتالي ، لا بد من الحرص عند استجواب وتقييم كبار السن ، مع نوبات الهلع قبل الدخول إلى الوضع الفعلى لحالة الذعر غير المتوقعة ، وعدم التغاضي عن تشخيص اضطراب الهلع .

ويمكن أن يتصل انخفاض معدل اضطراب الهلع لدى الأطفال / بصعوبات في الإبلاغ عن الحالة ، وهذا يبدو من غير المرجح نظرا إلى أن الأطفال قادرون على الإبلاغ بالخوف الشديد أو الذعر فيما يتعلق بالانفصال أو إلى كائنات رهابية وغيرها .

أما المراهقين قد يكون لديهم استعدادا أقل من البالغين للمناقشة العلنية لهجمات الذعر لديهم . لذلك ، يجب على الأطباء أن يكونوا على علم بأن نوبات الهلع غير المتوقعة لم تحدث لدى المراهقين ، بقدر ما يفعلونه مع البالغين ، كما يجب أن تكون منسجمة مع هذا الاحتمال عندما يواجهوا المراهقين (مع تقديم حلقات من الخوف الشديد أو الشدة) .

أما المخاطر والعوامل المنذرة المزاجية : فتتضح مع الوجدان السلبي (العصابي) أي التعرض للعواطف السلبية ، والحساسية والقلق (أي الاعتقاد المبالغ فيه باضرار أعراض القلق) وبشكل منفصل ، فإن القلق قائم ومستمر بشأن حدوث هجمات الذعر .

وعلى الرغم من أن وضع تشخيص اضطراب الهلع غير معروف ، مع تاريخ من " نوبات الخوف " (مع هجمات محدودة من الأعراض التي لا تستوفي المعايير الكاملة لهجوم الذعر) وقد يكون عامل الخطر لنوبات الذعر ، ما يحدث في وقت لاحق . مع ظهور اضطرابات الهلع .

وعلى الرغم من قلق الانفصال في مرحلة الطفولة ، والتى تمثل ضائقة شديدة ، قد تسبق في وقت لاحق تطوير اضطراب الهلع ، رغم كونه عامل خطر غير متسق .

البيئية . تقارير تجارب الطفولة من الاعتداء الجنسي والجسدي هي الأكثر شيوعا في اضطرابات الهلع من بعض اضطرابات القلق الأخرى . أما التدخين فهو أحد عوامل الخطرلنوبات الهلع واضطراب الهلع ، وذلك لدى معظم الأفراد الذين يبلغون عن الضغوطات التى يتم تحديدها قبل الأشهر الأولى من ظهور أعراض هجوم الذعر (على سبيل المثال : الضغوطات الشخصية ، والضغوطات الجسدية المتعلقة به ، مثل التعامل السلبي مع أدوية غير مشروعة أو مع وصفة طبية ، أو مع المرض ، أو نتيجة حدث وفاة في الأسرة) .

الجينية والفسيولوجية : يعتقد أن الجينات المتعددة 'تسهم فى التعرض لاضطراب الذعر . ومع ذلك ، فإن الجينات الدقيقة ، (العوامل الوراثية المسببة له) أو المهام ذات الصلة بالتورط فى اضطراب الذعر لا تزال مجهولة DSM-5.

أما النماذج الحالية للنظم العصبية المسئوله عن اضطرابات الهلع ، فتتحدد باللوزة [1] والهياكل العصبية ذات الصلة ، والتى ترتبط مباشرة بالكثير مع اضطرابات القلق الأخرى .

وهنالك زيادة خطر انتقال اضطرابات الهلع بين الأبناء / من الآباء والأمهات مع القلق ، والاكتئاب ، واضطرابات القطبين . أما اضطرابات الجهاز التنفسي مثل الربو ، فيرتبط مع اضطراب الذعر ، من حيث التاريخ الماضي ، والاعتلال المشترك ، والتاريخ العائلي (الوراثى) .

---

(١) اللوزة الدماغية أو اللوزة العصبية (Amygdala) هي جزء من الدماغ يقع داخل الفص الصدغي من المخ أمام الحصين. اللوزة الدماغية تشكل جزءا من الجهاز الحوفي، وتشارك في إدراك وتقييم العواطف و المدارك الحسية والاستجابات السلوكية المرتبطة بالخوف والقلق وهي تراقب باستمرار ورود أي إشارات خطر من حواس الإنسان تعتبر كنظام إنذار واستشعار للمتعة.

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة :

يظهر معدل انتشار المخاوف بشأن الأعراض النفسية والجسدية / مع القلق ، والذى يختلف باختلاف الثقافات وقد تؤثر على معدل نوبات الذعر واضطرابات الهلع . ويختلف كذلك مع التوقعات الثقافية التى قد تؤثر على تصنيف نوبات الذعر كما هو متوقع أو غير متوقع . وعلى سبيل المثال : الفرد الذي لديه فيتنامية [(١)] هجوم الذعر ، وينسب هجوم الذعر (مثل التعرض لرياح شديدة فجأة بمجرد خروجة من المنزل) كمتلازمة ثقافية التي تربط بين تجارب البشر ، كما يرتبط بأعراض ثقافية أخرى مختلفة مع اضطراب الهلع ، بما في ذلك (" هجوم من الأعصاب ") بين مواطني أمريكا اللاتينية أو مع " فقدان الروح" بين الكمبوديين .

وقد ينطوي هجوم الذعر مع الارتجاف ، والصراخ أو البكاء ، والذى لا يمكن السيطرة عليه ، مع السلوك العدواني أو (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، ويترافق كذلك مع تبدد الشخصية أوالغربة عن الواقع ، والذى قد يستغرق وقتا أطول من بضع دقائق المحددة من هجمات الذعر .

أما بعض العروض السريرية لهذا الاضطراب ، فيجب معها الوفاء بمعايير الشروط بخلاف هجوم الذعر (على سبيل المثال : مع غيره من الاضطراب الفصامي المحدد) .

وهذه المتلازمات تؤثر على الأعراض وعلى وتيرة اضطراب الهلع ، بما في ذلك الإسناد الفردى من الفجائية ، وكما سبق تؤثر المتلازمات الثقافية فى صنع الخوف عبر حالات معينة ، تتراوح ما بين الحجج الشخصية (المرتبطة بمتلازمة الذعر) ، إلى أنواع من التمارين (المرتبطة بالهجمات khyal) ، إلى الرياح العاصفة (المرتبطة بهجمات الذعر) .

كما تساعد تفاصيل الصفات الثقافية في التمييز المتوقع لنوبات الذعر غير المتوقعة ، ولمزيد من المعلومات حول المتلازمات الثقافية ، ارجع إلى " معجم المفاهيم الثقافية للاستغاثة " في نهاية هذا الدليل .

---

(١) فيتنامية هجوم الذعر : تشير إلى حالة الذعر للناجين من حرب الولايات المتحدة فى فيتنام فى ستنيات القرن الماضى .

أما الهموم المحددة حول هجمات الذعر أو عواقبها المرجحة ، فقد تختلف من ثقافة إلى أخرى (وعبر مختلف الفئات العمرية ، والجنس) . أما معدلات اضطراب الهلع ، لدى عينات المجتمع الأمريكي من البيض غير اللاتينيين ، فهى أقل بكثير ، من وظيفية هجمات الذعر من الأمريكيين من أصل أفريقي . كما أن المعدلات الأعلى ترتبط بشدة محددة في منطقة البحر الكاريبي ، كما يعانى السود غير اللاتينيين من اضطراب الهلع ، مع انخفاض معدلات اضطرابات الهلع العام في كلا المجموعتين الأمريكية المنحدرين من منطقة البحر الكاريبي / والأمريكيين الأفارقة ، وقد تلتقى معايير اضطرابات الهلع فقط عندما تكون هناك شدة كبيرة أو ضعف .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين :

المظاهر السريرية لاضطرابات الهلع لا يبدو أنها تختلف بين الذكور والإناث ، وهناك بعض الأدلة على إزدواج الشكل الجنسي (الفروق بين الجنسين) ، مع وجود ارتباط بين اضطرابات الهلع والكاتيكول-O- [1]الناقل للميثيل (COMT) فى جين الإناث فقط .

التشخيص :

يمكن أن تتسبب مواد مثل لاكتات الصوديوم ، والكافيين ، والأيزوبروتيرينول ، يوهمبين ، وثاني أكسيد الكربون ، وكوليسيستوكينين ، فى إثارة هجمات الذعر لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع إلى حد أكبر بكثير مما كانت عليه وفقاً للضوابط الصحية (وفي بعض الحالات ، يعانى الأفراد مع اضطرابات القلق الأخرى ، والاكتئاب ، واضطرابات القطبين دون هجمات الذعر) . وأيضاً ، بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطراب نوبات الهلع والمتعلق بكاشفات غاز ثاني

(١) الكاتيكولامينات يتم إنتاجها بصورة رئيسية من الخلايا الليفة الكروم التي تقع في نخاع الغدة الكضرية ومن الألياف تالية العقد للجهاز العصبي السمبثاوي . الدوبامين - وهو نافل كيميائي في الجهاز العصبي المركزي- يتم إنتاجه بكميات كبيرة في أجسام الخلايا العصبية في منطقين من جذع المخ : المادة السوداء **(substantia nigra)** والمنطقية السقيفية الأمامية (ventral tegmental area) . بينما يفرز النورإدرينالين من اجسام الخلايا العصبية المصطبغة بالميلانين التي تقع في الموضع الأزرق(locus ceruleus)

أكسيد الكربون النخاعي شديد الحساسية ، مما يؤدى إلى خلل الجهاز التنفسي . ومع ذلك ، لا تعتبر أيا من هذه النتائج المختبرية أحد المساهمات فى تشخيص اضطراب الهلع .

مخاطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

ترتبط نوبات الذعر بتشخيص اضطراب الهلع في الأشهر ال ١٢ الماضية مع أعلى معدل محاولات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) أو مع التفكير فيه ، وذلك في الأشهر الـ ١٢ الماضية ، والذى يترافق مع الاعتلال المشترك وتاريخ من الإساءة في مرحلة الطفولة مع عوامل الخطر من (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والتى تؤخذ بعين الاعتبار .

أما العواقب الوظيفية من اضطراب الهلع فترتبط باضطراب الهلع مع مستويات عالية من الإعاقة الاجتماعية والمهنية ، والمادية ؛ والتى تؤدى إلى خسائر اقتصادية كبيرة ، وهذه الفئة تشكل أكبر عدد من الزيارات للعيادات الطبية مع اضطرابات القلق ، وعلى الرغم من أن تلك الآثار هي الأقوى / مع وجود الخوف من الأماكن المكشوفة .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع فقد يكونوا في كثير من الأحيان – متغيبين – عن العمل أو المدرسة ، والذى يمكن أن يؤدي إلى البطالة أو التسرب من المدرسة .

أما في البالغين الأكبر سنا ، فيمكن أن ينظر إليهم فى انخفاض الواجبات والمهام الاجتماعية المختلفة ، أما نوبات الهلع فترتبط عادة مع زيادة الأعراض المرضية (على سبيل المثال : أكثر إعاقة ، مع أقل جودة فى الحياة) مع أعراض من الهجمات المحدودة .

التشخيص التفاضلي :

اضطرابات القلق المحددة ، واضطراب القلق غير المحددة : ينبغي ألا يتم تشخيص اضطرابات الهلع إذا لم تكن من ذوي الخبرة الكاملة بالأعراض الكاملة لنوبات الهلع . وفي حالة وجود أعراض محدودة من نوبات الذعر غير المتوقع فقط ، كما ينبغي – عند التشخيص – النظر فى اضطرابات القلق الأخرى المحددة ، أو غير المحددة من اضطرابات القلق .

اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى : لا يتم تشخيص اضطراب الهلع ، ولا يتم الحكم على نوبات الذعر كنتيجة مباشرة للفسيولوجية الطبية .

أما أمثلة تلك الحالات الطبية (العلاج الدوائى) التى يمكن أن تسبب نوبات الذعر وتشمل فرط الغدة الدرقية ، وبفرط نشاط جارات الدرقية ، والخلل الدهليزي ، واضطرابات الاستيلاء ، وأمراض القلب (على سبيل المثال : عدم انتظام ضربات القلب فوق البطيني ، والربو ، ومرض الانسداد الرئوي المزمن [COPD]) . وهو ما تشير إليه الفحوصات المخبرية المناسبة (على سبيل المثال : قياس مستويات مصل الكالسيوم ؛ ورصد عدم انتظام ضربات القلب) أو مع الفحوصات الطبية (على سبيل المثال : فحوصات أمراض القلب) والتى قد تكون مفيدة في تحديد مسببات دور الحالة الطبية الأخرى .

المادة التي يسببها دواء اضطرابات القلق : قد لا يتم التحكم كلياً فى حدوث نوبات الذعر ، والذى يحدث كنتيجة فسيولوجية مباشرة لمادة الدواء ، والذى من أهم أعراضه : الثمالة / الكساد / الخمول مع منشطات الجهاز العصبي المركزي (مثل الكوكايين والأمفيتامينات ، والكافيين) أو القنب ، والانسحاب من اكتئاب الجهاز العصبي المركزي (على سبيل المثال : الكحول ، والباربيتورات) والذى يمكن أن يعجل بنوبة ذعر .

ومع ذلك ، إذااستمرت هجمات الذعر والذى يحدث خارج سياق تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : بعد فترة طويلة من آثار التسمم أو الانسحاب) ، والذى ينبغي معه النظر في تشخيص اضطراب الهلع .

بالإضافة إلى ذلك ، فإن اضطرابات الهلع قد تسبق تعاطي المخدرات في بعض الأفراد ، وربما تكون مرتبطة مع زيادة تعاطي المخدرات ، وخاصة لأغراض التطبيب الذاتي ، كما ينبغى مراعاة التاريخ المفصل للحالة ، بهدف تحديد ما إذا كان الفرد قد عانى من هجمات الذعر قبل استخدام المادة المسببة للاضطراب .

وإذا كان ذلك هو الحال ، فينبغي النظر في تشخيص اضطراب الهلع بالإضافة لتشخيص اضطراب تعاطي المخدرات . أما الميزات التى تظهر بعد سن ٤٥ سنة من وجود أعراض غير نمطية خلال هجوم الذعر (على سبيل المثال : والدوار ، وفقدان

الوعي ، وفقدان السيطرة على الأمعاء أو المثانة وثقل اللسان ، armiesia) وجميعها تشير إلى احتمال بأن آخر حالة طبية المرتبطة بالمادة المستخدمة يمكن أن تسبب أعراض هجوم الذعر .

أما الاضطرابات النفسية الأخرى / المتصلة بنوبات الهلع كميزة مرتبطة (على سبيل المثال : الاضطرابات الذهانية ، واضطرابات القلق الأخرى) . وقد تحدث نوبات الذعر كعرض من أعراض اضطرابات القلق الأخرى (وعلى سبيل المثال : في اضطراب القلق الاجتماعي والناجم عن الأوضاع والمهام الاجتماعية ، ومن خلال حالات الرهاب أو الخوف من الأماكن المكشوفة والكائنات الرهابية المحددة ، ومع اضطراب القلق العام ، من خلال الانفصال عن المنزل في فصل اضطرابات القلق) وبالتالي فإنها لا تلبي معايير اضطراب الهلع . (ملاحظة : في بعض الأحيان تظهر حالة من الذعر غير المتوقعة ، والذى يرتبط مع بداية هجوم اضطرابات القلق ، في حين يتميز اضطراب هجمات الذعر غير متوقعة والمتكررة) ، وإذا حدثت نوبات الذعر فقط كاستجابة لمحفزات معينة ، فعندئذ فقط تشخيصه بالاضطراب ذات الصلة بالقلق .

ومع ذلك ، إذا كان الفرد يعاني من نوبات الذعر غير المتوقعة ، والتى تظهر القلق المستمر ، والذى يسهم فى تغيير السلوك نتيجة لتلك الهجمات ، وهو ما يمكن اعتباره بالتشخيص الإضافي من اضطراب الهلع .

الاعتلال المشترك :

إضطراب الهلع نادرا ما يؤثر في العوامل الصحية في غياب العوامل النفسية الأخرى : ويرتفع معدل انتشار اضطرابات الهلع في الأفراد الذين يعانون من اضطرابات أخرى ، مثل اضطرابات القلق الأخرى ولاسيما (الخاص بالخوف من الأماكن المكشوفة) ومن الاكتئاب الشديد بين القطبين الاضطراب ، وربما الاضطراب الخفيف مع تعاطي الكحول .

بينما تحدث - في كثير من الأحيان - اضطرابات الهلع في وقت سابق العمر ، وخاصة عند بداية الاضطراب المرضي ، كما يجب أن ينظر إلي بداية الاضطراب والذى يحدث أحيانا كعلامة على شدة الحالة المرضية . وقد تم تسجيل معدلات الاعتلال المشترك بين عمر الاضطراب الاكتئابي / وبين اضطراب الذعر والذى يختلف على نطاق

واسع ، والذى يتراوح بين ١٠ ٪ إلى ٦٥ ٪ في الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات الهلع ، وذلك في حوالي ثلث الأفراد مع كل من الاضطرابات التى تسبق بداية اكتئاب اضطرابات الهلع . كما يحدث في الثلثين الباقيين ، يحدث تزامن مع الاكتئاب أو بعد ظهور اضطرابات الهلع .

أما المجموعة الفرعية من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهلع فقد يطوروا الاضطراب المتعلق بالجوهر ، والذى قد يتصل بمحاولة علاجهم من القلق بالكحول أو الأدوية المثبطة الأخرى .

أما الاعتلال المشترك مع اضطرابات القلق الأخرى ، فترتبط باضطراب الهلع بشكل كبير مع العديد من الأعراض الطبية العامة ، بما في ذلك ، - وليس على سبيل الحصر - الدوخة ، وعدم انتظام ضربات القلب ، فرط الغدة الدرقية ، الربو ، ومرض الانسداد الرئوي المزمن ، ومتلازمة القولون العصبي .

ومع ذلك ، فإن طبيعة تكوين التشخيص (على سبيل المثال : السبب والنتيجة) بين اضطراب الهلع وبين الأعراض الأخرى غير المحددة . وعلى الرغم من هبوط الصمام التاجي للقلب ، ومرض الغدة الدرقية الأكثر شيوعا بين الأفراد مع اضطراب الهلع ، مما كانت عليه في عامة السكان ، إلا أن الاختلافات في معدل الانتشار فى اضطرابات الهلع ليست متسقة .

اضطراب هجوم الذعر المحدد :

ملاحظة : يتم تشخيص الأعراض بهدف تحديد حالة من الذعر ، ومع ذلك ، فإن هجوم الذعر لا يعد اضطراباً عقلياً . كما يمكن أن تحدث هجمات الذعر في سياق أي اضطرابات للقلق ، وكذلك مع الاضطرابات النفسية الأخرى (على سبيل المثال : اضطرابات الاكتئاب ، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطرابات تعاطي المخدرات) ومع بعض الحالات الطبية (على سبيل المثال : أمراض القلب والجهاز التنفسي وأمراض الجهاز الهضمي) . وعند وجود حالة من الذعر يتم تحديد موعد الهجوم ، وتجدر الإشارة على أنها محددة (وعلى سبيل المثال : مع اضطراب ما بعد الصدمة ، ومع نوبات الهلع) . كما أن اضطرابات الهلع ، قد ترد فى ظل وجود هجوم الذعر / إلا أنه

لا يتم استخدام معايير هجوم اضطراب الهلع المحدد ، والذى يتميز بطفرة مفاجئة من الخوف الشديد أو عدم الراحة الشديدة ، والتي تصل إلى ذروتها في غضون دقائق .

ملاحظة : يمكن أن يحدث ارتفاع مفاجئ من حالة الهدوء إلى حالة الهلع . وخلال هذه الفترة فإن أربعة (أو أكثر) من الأعراض التالية يمكن أن تحدث : -

١. الخفقان ، وقصف القلب ، أو تسارع دقات القلب .
٢. التعرق .
٣. يرتجف أو يهتز .
٤. الأحاسيس من ضيق في التنفس أو إختناق .
٥. مشاعر الاختناق .
٦. ألم في الصدر أو عدم الراحة .
٧. الغثيان أو تلبك معوي .
٨. الشعور بالدوار ، متقلب ، طائش ، أو خافت .
٩. الأحاسيس بالحرارة المصاحبة بالحالة .
١٠. مذل (خدر أو وخز الأحاسيس) .
١١.الغربة عن الواقع (مشاعر غير واقعية) أو تبدد الشخصية (يجري بمعزل عن النفس) .
١٢. الخوف من فقدان السيطرة أو "بالجنون" .
١٣. الخوف من الموت .

ملاحظة : أعراض ثقافة محددة (على سبيل المثال : وطنين ، ووجع الرقبة ، والصداع ، ويمكن السيطرة عليها بالصراخ أو البكاء) والتي يمكن أن تحدث . ولا ينبغي أن نعول لمثل هذه الأعراض باعتبارها واحدة من أربعة أعراض مطلوبة للتشخيص .

ملامح :

الميزة الأساس من هجوم الذعر هو الزيادة المفاجئة من الخوف الشديد أو عدم الراحة المكثفة التي تصل إلى ذروتها في غضون دقائق وخلال هذه الفترة فإن أربعة من الأعراض ، أو أكثر من الأعراض الـ (١٣ السابقة) المادية والمعرفية لتلك الأعراض .

كما أن (١١) من هذه الأعراض الجسدية الـ ١٣ (على سبيل المثال : الخفقان ، والتعرق) ، والتى من بينها الجوانب المعرفية (مثل الخوف من فقدان السيطرة أوما بتخذ بالوصف الدارج بالجنون ، والخوف من الموت) . والذى غالبا ما يستخدم من قبل الأفراد مع نوبات الذعر .

أما المدى فيتراوح فى غضون دقائق ليصل إلى ذروته كثافته فى بضع دقائق ، ويمكن لهجوم الذعر أن ينشأ إما من حالة الهدوء / أو الحرص ليصل لذروته فى بضع دقائق ، وقد يتم تقييمه بشكل مستقل عن أي أعراض سابقة مع القلق ، وتتحدد بداية من هجوم الذعر من النقطة المفاجئة من عدم الراحة / بدلا من نقطة البداية الأولى لها .

بالمثل ، مع عودة نوبة الذعر فى حالة الهدوء وربما إلى الذروة مرة أخرى . ويتميز هجوم الذعر عن القلق المستمر من قبل وقته / إلى شدة ذروته ، والذي يحدث في غضون دقائق ؛ إضافة إلى طبيعته المنفصلة ، والتى تحمل عادة خطورة أكبر .

أما الهجمات التي تلبي جميع المعايير الأخرى ولكن لديها أقل من أربعة أعراض جسدية أو معرفية على والتى 'تشخص بهجمات محدودة من الأعراض .

هناك نوعان من سمات نوبات الهلع المتوقعة وغير المتوقعة . وذلك مثل حالات هجمات الذعر التي وقعت في العادة نتيجة نوبات الذعر غير المتوقعة في وقت حدوثها (على سبيل المثال : عند الاسترخاء أو الخروج من النوم [أو ذعر الهجوم الليلي]) . ومن المتوقع تحديد ما إذا كانت نوبات الهلع تتم بصورة غير متوقعة من قبل الطبيب ، الذي يجعل يتوصل إلى التشخيص على أساس مزيج من الاستجواب الدقيق المتسلسل للأحداث التي سبقت أو التي سبقت الهجوم مباشرة ، مع الأخذ بحكم الفرد الذاتى .

أما التفسيرات الثقافية فقد تؤثر على تشخيصهم المتوقع أو غير المتوقع ، أما الأعراض الثقافية المحددة فينظر إليها (على سبيل المثال : طنين الأذن ، ووجع الرقبة ، والصداع ، والذى يمكن السيطرة عليه بالصراخ أو البكاء) يمكن أن ينظر إليه مع مثل هذه الأعراض ، كما يجب أن لا نعول على واحد فقط من الأعراض الأربعة المطلوبة .

ويمكن أن تحدث نوبات الذعر في سياق أي اضطراب عقلي (على سبيل المثال : اضطرابات القلق ، واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القطبين واضطرابات الأكل ، واضطرابات الوسواس القهري وذات الصلة باضطرابات الشخصية ، ومع اضطرابات

تعاطي المخدرات) وبعض الظروف الطبية الأخرى (على سبيل المثال : أمراض القلب والجهاز التنفسي ، وأمراض الجهاز الهضمي) وغالبية تلك الأعراض تلي معايير اضطراب الهلع المتكرر ، مع نوبات الذعر غير المتوقعة لتشخيص اضطراب الهلع .

الخصائص المرتبطة :

كما يرتبط الاضطراب بنوع واحد من هجوم الذعر غير المتوقع ، من هجوم الذعر الليلي (أي الاستيقاظ من النوم في حالة من الذعر) ، والذي يختلف من هلع ما بعد الاستيقاظ تماما من النوم ، كما ترتبط هجمات الذعر مع ارتفاع معدل محاولات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والتفكير فيه ، حتى عندما يحدث الاعتلال المشترك مع ضرورة أخذ عوامل الخطر الأخرى بعين الاعتبار مثل (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

معدل الانتشار Prevalence :

تقدر نسبة معدل الانتشار Prevalence في عموم السكان لمدة ١٢ شهرا نوبات الذعر في الولايات المتحدة

وبنسبة ١١,٢ ٪ في البالغين . ولا تختلف تقديرات معدلات الانتشار بشكل ملحوظ بين الأميركيين الأفارقة ، الأميركيين الآسيويين ، واللاتينيين . وبأقل من ١٢ شهر ، كما تظهر تقديرات معدل الانتشار بالنسبة للبلدان الأوروبية لتتراوح بين ٢,٧ ٪ إلى ٣,٣ ٪ كما أن معدلات الانتشار لدى الإناث أكثر كثيراً مما لدى الذكور ، وعلى الرغم من هذا الاختلاف بين الجنسين هو الأكثر وضوحا مع اضطراب الهلع ، إلا أنه يمكن أن يحدث نوبات ذعر لدى الأطفال ولكنها نادرة نسبيا حتى سن البلوغ . كما تنخفض معدلات الانتشار في الأفراد الأكبر سنا ، وربما يعكس ذلك تضاؤل شدة المستويات تحت الإكلينيكي Subclinical

دورة النمو :

متوسط العمر عند بداية هجمات الذعر في الولايات المتحدة يقترب من ٢٢-٢٣ سنة بين البالغين ، ومن المرجح أن يتأثر سير الاضطراب المشترك التي بالأحداث العقلية ، والأحداث المجهدة في الحياة . كما تعد هجمات الذعر غير شائعة ، أما نوبات الذعر فهى غير متوقعة أو نادرة في الأطفال قبل سن المراهقة . المراهقين وقد

يكون البالغين أقل استعدادا للمناقشة العلنية لنوبات الذعر ، وذلك على الرغم من أنها تتم مع حلقات من الخوف الشديد أو عدم الراحة .

أما انخفاض معدل انتشار نوبات الذعر في الأفراد الأكبر سنا فقد يكون ذات صلة بالاستجابة اللاإرادية الناتج عن ضعف الحالات العاطفية بالنسبة للأفراد الأصغر سنا .

وقد يكون الأفراد الأكبر سنا أقل ميلا لاستخدام كلمة "الخوف" وأكثر ميلا لاستخدام كلمة "الانزعاج" لوصف هجمات الذعر . كما يقدم الأفراد الأكبر سنا مع "مشاعر الذعر " والذى قد يكون مزيجا من الهجمات المحدودة ، مع أعراض القلق العام . وبالإضافة إلى ذلك فإن الأفراد الأكبر سنا يميلون إلى سمة نوبات الذعر لبعض الحالات المجهدة (مثل الإجراءات الطبية ، والإعدادات الاجتماعية) ، والتي ربما تتخذ بأثر رجعي لتفسيرات هجوم الذعر حتى لو كان غير متوقع في الوقت الراهن . وهو ما قد يؤدي إلى نقص تأييد هجمات الذعر غير المتوقعة في الأفراد الأكبر سنا .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : يشير الوجدان السلبي (العصابي) إلى التعرض ليشهد سلبية العواطف، وحساسية القلق (أي التصرف بالاعتقاد بأن أعراض القلق ضارة ، وهي عوامل خطر قد تسهم فى حدوث نوبات الذعر .

" نوبات الخوف" (أي الهجمات المحدودة من الأعراض التي لا تستوفي المعايير الكاملة لنوبة الهلع) ويجوز بان تشكل عامل الخطر لنوبات الذعر في وقت لاحق .

البيئية : التدخين هو أحد أهم عوامل خطر نوبات الهلع ، وقد يريد معظم الأفراد تحديد الضغوطات في الأشهر التي تسبق أول هجوم للذعر (على سبيل المثال : الضغوطات الشخصية والضغوطات المتعلقة بالجسدية ، مثل التجارب السلبية غير المشروعة مع الأدوية ، والمرض ، أو الوفاة في نطاق الأسرة) .

القضايا المتصلة تشخيص الثقافي :

التفسيرات الثقافية قد تؤثر على تحديد نوبات الذعر وذلك كما هو متوقع / أو غير متوقع ، مثل الأعراض الثقافية المحددة (على سبيل المثال : طنين الأذن ، ووجع الرقبة ، والصداع ، والتي يمكن السيطرة عليها بالصراخ أو بالبكاء) كما يمكن

النظر إلى تلك هذه الأعراض / إلا أنه يجب ألا نعول عليها إلا باعتبارها واحدة من الأعراض الأربعة المطلوبة للتشخيص .

أما تردد كل من الأعراض المختلفة الـ(13) Crossculturally (على سبيل المثال : ارتفاع معدلات نوبات الذعر في الأميركيين الأفارقة / والدوار في عدة مجموعات آسيوية (من الأمريكان من أصول آسيوية) . والمتأثرة بالمتلازمات الثقافية ، مع العروض عبر الثقافية من هجمات الذعر ، مما يؤدى إلى أعراض مختلفة عبر مجموعات ثقافية مختلفة . ومن أمثلة ذلك ، خيال هجمات (الرياح) ، والمتلازمة الثقافية الكمبودية التي تنطوي على الدوخة ، وطنين الأذن ، ووجع الرقبة ، وTrunggio والهجمات (ذات الصلة بالرياح) ، والمتلازمة الفيتنامية الثقافية المرتبطة الصداع ، والتى تتميز بالتوتر (هجوم من الأعصاب) والمتلازمة الثقافية بين مواطني أمريكا اللاتينية ، والتي قد ينطوي على الارتجاف ، والصراخ الذى لا يمكن السيطرة عليه وبالبكاء ، والسلوك العدواني أو (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، مع تبدد الشخصية أو الغربة عن الواقع ، والتي ترصد يكون من ذوي الخبرة (من المحيطين) لمدة أطول من بضع دقائق فقط ، كما تشير بعض العروض السريرية الأخرى الوفاء بمعايير الشروط الأخرى من هجوم الذعر (على سبيل المثال : الأخرى المحددة، مثل الاضطراب الفصامي) .

كما تتأثر نوبات الذعر بالتوقعات الثقافية التى تصنف هجمات الذعر المتوقع / أو غير متوقع ، وقد تصنع المتلازمات الثقافية الخوف من حالات معينة ، بدءا من الحجج الشخصية (المرتبطة بالاعتداء) ، إلى أنواع ممارسة (مرتبطة بهجمات الخيال) ، إلى الرياح العاصفة المرتبطة (trunggio بالهجمات) .

أما تفاصيل الصفات الثقافية فقد يساعد في التمييز المتوقع بين نوبات الذعر / وغير المتوقع . لمزيد من المعلومات حول المتلازمات الثقافية ، انظر "معجم المفاهيم الثقافية للاستغاثة" في ملحق هذا الدليل .

أما القضايا بين الجنسين المتصلة بتشخيص قضايا هجمات الذعر فهي أكثر شيوعا في الإناث منها لدى الذكور ، ولكن المظاهر السريرية أو أعراض نوبات الهلع فلا تختلف بين الذكور والإناث .

علامات التشخيص :

تسجيل الحالات الفسيولوجية التي تحدث - بشكل طبيعي - جراء نوبات الذعر في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الذعر ، والتي تشير إلى موجات مفاجئة من الإثارة ، والتي عادة ما تزيد من معدل ضربات القلب ، والتي قد تصل ذروتها في دقائق وتهدأ في غضون دقائق أخرى ، ونسبة من هؤلاء الأفراد قد تكون مسبوقة بهجوم الذعر من قبل عدم الاستقرار القلب التنفسي .

العواقب الوظيفية من اضطرابات الذعر :

في سياق التعاون تحدث الاضطرابات العقلية ، بما في ذلك اضطرابات القلق ، واضطرابات الاكتئاب ، والهوس الاكتئابي ، واضطرابات تعاطي المخدرات ، والاضطرابات النفسية ، واضطرابات الشخصية المترتبطة بنوبات الذعر مع زيادة شدة الأعراض ، مع ارتفاع معدلات الاعتلال المشترك و(إزهاق النفس المحرم شرعاً) ،مع ضعف الاستجابة للعلاج . ويحدث ذلك أيضاً ، مع كامل أعراض نوبات الذعر والذى عادة ما يرتبط مع زيادة الحالة المرضية (على سبيل المثال : زيادة الاستفادة من الرعاية الصحية ، مزيد من العجز ، مع أقل جودة من الحياة) مع هجمات محدودة من الأعراض .

التشخيص التفاضلي :

الحلقات الانتيابية الأخرى (على سبيل المثال " هجمات الغضب ") . والتي يجب أن لا يتم تشخيصها بنوبات الذعر ،إلا إذا كانت الحلقات تنطوي على السمة الأساس من الطفرة المفاجئة من الخوف الشديد أو الانزعاج الشديد ، ذلك بدلا من الحالات العاطفية الأخرى (على سبيل المثال : الغضب ، والحزن) .

اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى : الحالات الطبية التي يمكن أن تسبب أو أن 'تشخص خطأ على أنها تشمل نوبات الهلع ، وفرط الغدة الدرقية ، واضطرابات الاستيلاء ، وظروف مرض إختلال القلب (على سبيل المثال : عدم انتظام ضربات القلب ، فوق البطيني ، والربو الانسدادي المزمن ، ومرض الرئة) . الاختبارات المناسبة مختبر (على سبيل المثال : مستويات الكالسيوم في الدم لفرط؛ هولتر رصد عدم انتظام ضربات القلب) أو الفحوصات الطبية (على سبيل المثال : لأمراض القلب) والتي قد تكون مفيدة في تحديد الدور المسبب نتيجة لحالة طبية أخرى .

المادة التي يسببها الدواء اضطرابات القلق : التسمم العصبي المركزي للمنشطات مثل (على سبيل المثال : الكوكايين والأمفيتامينات ، والكافيين) أو الحشيش والانسحاب من اكتئاب الجهاز العصبي المركزي (على سبيل المثال : الكحول ، الباربيتورات) والذيمكن أن يعجل هجوم نوبة الذعر . وينبغي اتخاذ التاريخ المفصل لتحديد ما إذا كان الفرد مع هجمات الذعر / قبل تعاطي المخدرات المفرطة .

أما الميزات مثل ظهوره بعد سن ٤٥ سنة أو جود أعراض غير نمطية خلال هجوم الذعر (على سبيل المثال : الدوار ، وفقدان الوعي ، وفقدان السيطرة على الأمعاء أو المثانة وثقل اللسان ، أو فقدان الذاكرة) والتى تشير إلى إمكانية إلحاقه بحالة طبية أو مادة يمكن أن تسبب أعراض هجوم الذعر .

اضطرابات الهلع : ويلزم تكرار نوبات الذعر غير المتوقعة ، والتى قد تكون غير كافية لتشخيص اضطراب الهلع (أي ، يجب أن تتحقق معايير التشخيص الكامل لاضطراب الهلع) .

الاعتلال المشترك :

ترتبط نوبات الهلع مع احتمال زيادة مختلف الاضطرابات النفسية المرضية ، بما في ذلك اضطرابات القلق ، واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القطبين ، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة . وترتبط نوبات الذعر مع زيادة احتمال تطويره فى وقت لاحق ، وذلك مع اضطرابات القلق ، واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القطبين ، وربما غيرها من الاضطرابات .

اضطراب الخوف المرضي Phobia :

معايير التشخيص (F40.00) :

A . المحددة الخوف أو القلق حول اثنين (أو أكثر) من الحالات الخمس التالية : -

١ .استخدام وسائل النقل العامة (على سبيل المثال : والسيارات والحافلات والقطارات والسفن والطائرات) .

٢ . يجري في المساحات المفتوحة (على سبيل المثال : فى مواقف السيارات والأسواق والجسور) .

٣. يجـري في الأمـاكن المغلقـة (مثـل المحـلات التجاريـة والمـسارح ودور السينما) .

٤. يقف في الخط أو يجري في حشد من الناس .

٥. يجري خارج المنزل وحده .

B . المخاوف الفردية التي يتم تجنبها بسبب الأفكار التي تفلت بقوة ، والتى قد لا تكـون متاحة في حال ظهـور أعـراض مثـل الـذعر أو غيرهـا مـن الأعـراض التعجيزيـة أو نتيجه لمشاعر الحرج (على سبيل المثال : الخوف من الوقوع لدى كبـار الـسن ؛ الخوف من سلس البول) .

C . حالات مرتهب الميادين والتى تثير دائما تقريبا الخوف أو القلـق ، ويـتم تجنـب دال حالات لمرتهب الميادين بنشاط ، والـتى تتطلـب وجـود رفيـق ، أو مـع إحتمـال الخوف الشديد أو القلق .

E . الخوف أو القلق هو نسبة من أصل الخطر الفعلي ، والذي يشكله مرتهب الميادين ، وفقاً للحالات والسياق الاجتماعى والثقافي .

F . الخوف ، والقلق ، أو الإبطال ، وعادة ما تستمر لمدة ٦ أشهر أو أكثر .

G . الخوف ، والقلق ، أو تجنب يسبب ضائقة مهمـة سـريريا أو ضـعف في المجـالات الهامة الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من الأداء .

H . إذا كان يرتبط بشرط طبي آخر (على سبيل المثال : مرض التهاب الأمعاء ، ومرض باركنسون) والخوف ، والقلق ، أو الإبطال المفرط بوضوح .

أولا : الخوف ، والقلق : ويتم فيه التجنب ، ولا يوضح على نحو أفـضل مـع أعـراض نفسية أخرى للاضطراب على سبيل المثـال ، لا يقتـصر علـى أعـراض الرهـاب المحددة من النوع الظرفي ؛ ولا ينطوي على الأوضاع الاجتماعية فقط (كما هـو الحال في اضطراب القلق الإجتمـاعى) : ولا يتـصل حـصريا بـالهواجس (كمـا في اضـطراب الوسـواس القهـري) ، ولا بـالعيوب المتـصورة أو عيـوب في المظهـر الجسدي (كما هو الحال في اضطراب الجـسم) ، ولا يتـصل بالتـذكير بالأحـداث الصادمة (كما في اضطراب ما بعد الصدمة) ، أو الخوف مـن الانفـصال (كمـا في اضطراب قلق الانفصال) .

ملاحظة : يتم تشخيص الخوف من الأماكن المكشوفة بصرف النظر عن وجود اضطراب الهلع ، وإذا كان الفرد عرضة لتلبية معايير اضطراب الهلع والخوف من الأماكن المكشوفة ، فيجب تعيين التشخيصات .

الخصائص التشخيصية :

تم وضع علامة على سمة أساس من الخوف من الأماكن المكشوفة ، أو الشديدة أو الخوف أو القلق الناجم عن التعرض الحقيقي أو المتوقع ل مجموعة واسعة من الحالات (A) . يتطلب التشخيص تأييد من الأعراض التي تحدث في اثنين على الأقل من الحالات الخمس التالية : -

١) استخدام قطاع المواصلات العامة ، مثل السيارات والحافلات والقطارات والسفن والطائرات .
٢) يجري في المساحات المفتوحة ، مثل مواقف السيارات والأسواق ، أو الجسور .
٣) يجري في الأماكن المغلقة ، مثل المحلات التجارية والمسارح ودور السينما .
٤) يقف في الطابور ، أو يجري في حشد من الناس .
٥) يجري خارج من المنزل وحده .

والأمثلة لكل حالة ليست شاملة ؛ أما الحالات الأخرى التى قد تحدث الخوف ، عندما يعاني الفرد من الخوف والقلق من قبل ملقن لمثل هذه الحالات ، كما أن الأفراد مع تجربة الأفكار التي عادة ما ينتظروا كارثة فظيعا سوف تحدث .

(B) . ويعتقد الأفراد فى كثير من الأحيان أن الهروب من مثل هذه الحالات قد يكون صعباً (على سبيل المثال" لا يمكن الحصول على ذلك . .") أو أن المساعدة قد تكون غير متوفرة (على سبيل المثال : " لا يوجد أحد لمساعدتي") وقد توجد أعراض تشبه أعراض الهلع أو غيرها من الأمور التعجيزية أو المحرجة التى قد تحدث . مثل " أعراض مثل الذعر " والتى تشير إلى أي من (الأعراض ١٣) المدرجة في معايير هجوم الذعر ، مثل الدوخة ، والضعف ، والخوف من

الموت. " وأعراض أخرى تعجيزية أو محرجة " وتشمل أعراض مثل القيء وأعراض التهاب الأمعاء ، وكذلك ما يحدث لدى كبار السن ، مثل الخوف من الوقوع ، أو مع الأطفال ، مثل الشعور بالارتباك والتخبط .

أما مقدار الخوف الذى يتم رصده (من ذوي الخبرة المقربين) فيمكن أن يختلف مع القرب من الوضع يخشى أن يتحول الوضع إلى حضور فعلي للوضع المرتهب من الميادين . أيضاً ، الخوف أو القلق قد يأخذ شكل هجوم الذعر الكامل أو المحدود من الأعراض (أي توقع هجوم الذعر) . كما أن آثار الخوف أو القلق تقريبا في كل مرة تتحقق مع الفرد في الاتصال مع الوضع الذى يخشاه ويخافه .

(C) . وهكذا فإن الفرد قد يصبح قلقا فقط - في بعض الأحيان - مع وضع مرتهب الميادين (على سبيل المثال : يصبح قلقا عندما يقف في خط واحد مع ما لم يتم تشخيصه من بين كل خمس مناسبات) .

ومع الخوف من الأماكن المكشوفة : قد يتجنب الفرد الوضع النشط ، أو إذا كان (هو / أو هي) إما غير قادر أو يقرر عدم تجنب ذلك ، فإن الوضع قد يثير الخوف الشديد أو القلق .

(D) . تجنب النشط يعني بأن الفرد يتصرف حاليا في السبل التي صممت عمدا لمنع أو تقليل الاتصال مع حالات مرتهب الميادين . أو مع تجنب تلك السلوكيات (مثل تغيير الروتين اليومي ، واختيار وظيفة في مكان قريب لتجنب استخدام وسائل النقل العام ، وترتيب تسليم المواد الغذائية لتجنب دخول المحلات التجارية والسوبر ماركت) وكذلك المعرفي (على سبيل المثال : استخدام إلهائى من خلال الحصول على حالات مرتهب الميادين في الطبيعة) . وفي كثير من الأحيان ، يكون الفرد أكثر قدرة على مواجهة الحالة ويخشى عندما يكون مصحوباً برفيق ، مثل الزوجة . ويجب أن يكون الخوف ، والقلق ، أو التجنب ينسب أصلاً إلى الخطر الفعلي الذي تمثله حالات مرتهب الميادين أو مع ذات السياق الاجتماعى والثقافي .

(E) . التفريق بين مخاوف مرتهب الميادين هامة سريريا ، وهى من المخاوف المعقولة (على سبيل المثال : مغادرة المنزل خلال عاصفة سيئة) أو مع الحالات التي تعتبر

خطيرة (على سبيل المثال : المشي في مسارات السيارات ، أو باستخدام وسائل النقل العام في منطقة ترتفع فيها معدلات الجريمة) كما أنه من مهم ذلك لعدد من الأسباب : -

أولاً : ما يشكل التجنب قد يكون من الصعب أن نحكم عليه عبر الثقافات ، وعبر السياقات الاجتماعية والثقافية (على سبيل المثال : فإنه من المناسب من الناحية الاجتماعية والثقافية (فى الكثير من المجتمعات) تجنب مغادرة المرأة المنزل وحدها ، وبالتالي لا يعتبر مثل هذا التجنب يدل على الخوف من الأماكن المكشوفة) .

ثانياً : من المرجح أن Overattribute البالغين الأكبر سنا لديهم مخاوف مع القيود المرتبطة بالعمر وهم أقل عرضة للحكم على مخاوفهم التى قد تكون خارج نسبة الخطر الفعلي .

ثالثاً : الأفراد مع الخوف من الأماكن المكشوفة من المرجح أن يبالغوا فى نتائج تلك العلاقة مثل الذعر أو مع غيره من الأعراض الجسدية . ويجب أن لا يتم تشخيص الخوف من الأماكن المكشوفة إلا إذا كان الخوف والقلق ، قد تم تجنبه بإستمرار .

(F) أما إذا كان يسبب استغاثة سريرية بالغة / أو باعتلال في المجالات والمهام الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهم من أداء فينبغى معها اتخاذ إجراءات تشخيصه .

(G) . والمقصود بالمدة عادة "لمدة تستمر ٦ أشهر أو أكثر" لاستبعاد كل المشاكل العابرة قصيرة الأجل . ومع ذلك ، فإن مدة المعيار ينبغي أن تستخدم كدليل عام ، مع درجة معينة من المرونة .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

الخوف من الأماكن المكشوفة يمكن أن يسبب الفزع لدى الأفراد لتصبح عودتهم إليه أكثر حدة ، إلا أنهم غير قادرين على ترك وطنهم نظراً للاعتماد على الآخرين فى تقديم المساعدة وتوفير الاحتياجات الأساس . وقد تضعف معنوياتهم ، ويصبحوا عرضه للاكتئاب ، فضلا عن إساءة استعمال الكحول والأدوية المهدئة بصورة غير ملائمة لاستراتيجيات التطبيب الذاتي الشائعة .

معدل الانتشار Prevalence :

ويوجد كل عام ما يقرب من ١,٧ ٪ من المراهقين والبالغين لديهم تشخيص الخوف من الأماكن المكشوفة . والذكور اكثر عرضة مرتين لتجربة الخوف من الأماكن المكشوفة عنه لدى الإناث . وقد يحدث الخوف من الأماكن المكشوفة في الطفولة ، ولكن قمم الإصابة قد تحدث في أواخر فترة المراهقة والبلوغ المبكر . وقد يمتد اثني عشر شهرا في الأفراد الأكبر سنا من ٦٥ سنة بمعدلات انتشار ٠,٤ ٪ Prevalence والتى لا يبدو أنها تختلف بشكل منهجي عبر المجموعات الثقافية العرقية .

دورة التنمية :

دورة التنمية تحدد بنسبة الأفراد الذين يعانون من نوبات الهلع أو الخوف من الأماكن المكشوفة ، والإبلاغ عن اضطرابات الهلع التى سبقت ظهور نطاقات الخوف من الأماكن المكشوفة من ٣٠ ٪ في عينات المجتمع إلى أكثر من ٥٠ ٪ في عينات العيادة . كما أن غالبية الأفراد من ذوي اضطراب الهلع يظهرون علامات القلق والخوف من الأماكن المكشوفة قبل ظهور اضطرابات الهلع .

في ثلثي جميع حالات يظل الخوف من الأماكن المكشوفة ، والبداية الأولى له هو قبل سن ٣٥ عاما . وهناك خطر كبير للإصابة في أواخر فترة المراهقة والبلوغ المبكر ، مع وجود مؤشرات لمرحلة خطر ارتفاع معدل ثاني بعد سن ٤٠ عاما . أما ظهور أول حالة في مرحلة الطفولة فهو أمر نادر الحدوث . عند متوسط العمر في بداية العام الأول للخوف من الأماكن المكشوفة فى سن ١٧ عاما ، وعلى الرغم من أن العمر عند ظهور نوبات الهلع أو اضطرابات الهلع هو (٢٥-٢٩ سنة) . أما مسار الخوف من الأماكن المكشوفة فهو عادة ما يستمر بصورة مزمنة .

أما المغفرة كاملة فنادرة وبنسبة (١٠ ٪) ، ما لم يتم التعامل مع الخوف من الأماكن المكشوفة الأكثر شدة ، مع المعدلات الكاملة من انخفاض المغفرة ، في حين أن معدلات الانتكاس وزيادة أمدتها فتتصل بمجموعة من الاضطرابات الأخرى ، على وجه الخصوص اضطرابات القلق الأخرى ، واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات تعاطي المخدرات ، واضطرابات الشخصية ، والتى قد تعقد مسار الخوف من الأماكن المكشوفة .

وعلى المدى الطويل ترتبط بطبيعة الحال بنتيجة الخوف من الأماكن المكشوفة مع المخاطر المرتفعة إلى حد كبير من الاضطراب الاكتئابي الثانوي ، واضطراب الاكتئاب الثابت .

المظاهر السريرية :

المظاهر السريرية من الخوف من الأماكن المكشوفة تتسق نسبيا عبر عمر الحالة ، وعلى الرغم من نوع من حالات مرتهب الميادين مما يثير الخوف والقلق ، أو الإبطال ، وكذلك مع نوع الإدراك ، والذى قد يختلف . وعلى سبيل المثال : في الأطفال ، فقد يجري الطفل بمفرده خارج المنزل / هو الأكثر شيوعا للخوف ، في حين مع البالغين الأكبر سنا ، فقد يمشى في المحلات التجارية ، ويقف في الصف ، وغالبا ما يخشى المساحات المفتوحة ، وغالبا ما يصبح متعلقاً بالأشياء المفقودة (في الأطفال) ، ويعاني من أعراض شبيهة بالذعر (في البالغين) ، وقد يسقط (في البالغين الأكبر سنا) .

يمكن أن تعكس معدلات الانتشار Prevalence المنخفضه من الخوف من الأماكن المكشوفة في الأطفال صعوبات في الإبلاغ عن تلك الأعراض ، وبالتالي فإن التقييمات في الأطفال الصغار قد تتطلب التماس المعلومات من مصادر متعددة ، بما في ذلك الآباء أو المدرسين .

أما المراهقين ، خاصة بين الذكور ، قد يكونوا أقل استعدادا من البالغين لمناقشة المخاوف علنا حول مرتهب الميادين ، ولكن ، يمكن أن يحدث الخوف من الأماكن المكشوفة قبل مرحلة البلوغ ، وينبغي تقييمها في الأطفال والمراهقين .

كما ترتبط لدى كبار السن ، بالإضطرابات الجسدية والأعراض المرضية ، فضلا عن الاضطرابات الحركية (على سبيل المثال : السقوط أو وجود مضاعفات طبية) ، وكثيراً ما ذكر ذلك من قبل الأفراد كسبب لخوفهم . وفي هذه الحالات ، فإن الرعاية يتعين اتخاذها عند بدء عملية التقييم ، بما إذا كان الخوف وتجنب الخروج ينسب إلى الخطر الحقيقي الكامن / أم لا .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : تثبيط السلوكية والتصرف العصابي (أي الوجدان السلبي [العصابية] وحساسية القلق) ترتبط ارتباطا وثيقا بالخوف من الأماكن المكشوفة ذات الصلة بمعظم

اضطرابات القلق (إضطرابات رهابية ، واضطرابات الهلع ، اضطراب القلق العام) . وحساسية القلق (التصرف إلى الاعتقاد بأن أعراض القلق هي الضارة) وهى أيضاً من سمات الأفراد مع الخوف من الأماكن المكشوفة .

البيئية : الأحداث السلبية في مرحلة الطفولة (على سبيل المثال : فترة وفاة الأم) وغيرها الأحداث المجهدة ، مثل التعرض للهجوم أو السرقة ، والتي ترتبط مع بداية الخوف من الأماكن المكشوفة . وعلاوة على ذلك ، الأشخاص الذين يعانون من الخوف من الأماكن المكشوفة والذى قد يتصل بالمناخ العائلى وتربية الأطفال والسلوك الذى يجري تميزه بانخفاض الدفء وزيادة الحماية المفرطة .

الجينية والفسيولوجية : تلعب الوراثة دوراً هاماً فى الخوف من الأماكن المكشوفة بنسبة (٦١ ٪ .) من مختلف أشكال رهاب الخوف من الأماكن المكشوفة ، وهو الأكثر تحديدا بالاشتراك مع العامل الوراثي .

قضايا التشخيص بين الجنسين- ذات الصلة : لدى الإناث أنماط مختلفة من الاضطرابات المرضية / عنها مما لدى الذكور . فيما يتفق التشخيص بين الجنسين في مدى معدل انتشار الاضطرابات النفسية ، إلا أن الذكور لديهم معدلات أعلى من الاضطرابات المرضية الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة .

الآثار الوظيفية للخوف من الأماكن المكشوفة : وترتبط بالخوف من الأماكن المكشوفة مع انخفاض كبير فى الإعاقة من حيث كم أيام العمل ، وإنتاجية العمل ، والعجز .

كما يمثل الخوف من الأماكن المكشوفة أحد المحددات القوية لدرجة الإعاقة ، بغض النظر عن وجود اضطرابات الهلع المرضية ، أو هجمات الذعر ، والظروف المرضية الأخرى ، إلا أن أكثر من ثلث الأفراد مع الخوف من الأماكن المكشوفة قد لا يعودون كما كانوا تماما وقد يصبحوا غير قادرين على العمل .

التشخيص التفاضلي :

عندما يتم استيفاء كامل المعايير التشخيصية لاضطراب الخوف من الأماكن المكشوفة ، فيجب تعيين التشخيصات ، إلا إذا كان الخوف والقلق ، أو الخوف من الأماكن المكشوفة تجنب يعزى إلى اضطرابات أخرى .

أما ترجيح معايير الحكم السريري ، فقد يكون مفيداً في بعض حالات الرهاب المحددة ، من النوع الظرفي ، ويجب تشخيص الرهاب المحدد ، من النوع الظرفي ، مقابل الخوف من الأماكن المكشوفة اذا كان الخوف والقلق ، يقتصر على واحدة من حالات مرتهب الميادين .

وتتطلب المخاوف اثنين أو أكثر من حالات مرتهب الميادين ، وهو وسيلة قوية للتمييز بين الخوف من الأماكن المكشوفة / من الرهاب محددة ، وخاصة النوع الفرعي الظرفي . أما التفريق الإضافي فيشمل ميزات التفكير المعرفي .

وبالتالي ، إذا كان يخشى الوضع لأسباب مختلفة عن الأعراض التى تشبه أعراض الهلع أو غيرها من الأعراض التعجيزية أو المحرجة (على سبيل المثال : مخاوف من التعرض للأذى المباشر من الوضع نفسه ، مثل الخوف من تحطم الطائرة للأفراد الذين يخشون الطيران) ، وبهذا يتم تشخيص الرهاب المحدد بصورة أكثر ملاءمة .

اضطراب قلق الانفصال : اضطراب قلق الانفصال يمكن أن يكون أفضل تبايناً من الخوف من الأماكن المكشوفة ، وهو ما إتضح من خلال دراسات التفكير المعرفي . وفي اضطراب قلق الانفصال ، تبدو الأفكار تدور حول مفرزة من الآخرين المهمين فى البيئة المنزلية (أي ، الآباء أو المرفقات الأخرى) ، في حين أنه في الخوف من الأماكن المكشوفة يتم التركيز على مثل : أعراض الذعر ، أو غيرها من الأعراض المسببة للعجز أو في حالات المحرجة التى يتم تجنبها .

اضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) : ينبغي التمييز بين الخوف من الأماكن المكشوفة / من اضطراب القلق الاجتماعي، والذى يستند في المقام الأول على المجموعات الظرفية التي تثير الخوف ، والقلق ، أو تجنب التفكير المعرفي .

أما في اضطراب القلق الاجتماعى ، فيتم التركيز فيه على الخوف الذى يجري تقييمه سلبا ، مثل اضطرابات الهلع . وعندما يتم استيفاء معايير اضطراب الهلع ، يجب أن لا يتم تشخيص الخوف من الأماكن المكشوفة إلا إذا كانت السلوكيات المرتبطة به تجنب نوبات الهلع ، ولا تمتد إلى الإبطال من اثنين أو أكثر من حالات مرتهب الميادين .

اضطراب التوتر الحاد واضطراب ما بعد الصدمة : اضطراب التوتر الحاد واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) يمكن أن يكون متبايناً من الخوف من الأماكن

المكشوفة من خلال ما إذا كان الخوف والقلق ، أو التجنب يرتبط فقط بالحالات التي تذكر الفرد بحدث صادم ، ، وإذا كان لا يمتد سلوك التجنب لاثنين أو أكثر من الحالات مرتهب الميادين ، فليس هناك ما يبرر تشخيص الخوف من الأماكن المكشوفة .

الاضطراب الاكتئابي . في الاضطراب الاكتئابي ، يجوز للفرد تجنب ترك المنزل بسبب اللامبالاة ، وفقدان الطاقة ، وانخفاض احترام الذات ، وانعدام التلذذ . أما إذا التجنب ليست له علاقة بالمخاوف من الأعراض أو غيرها مثل صنوف الذعر التعجيزي أو المحرجة ، فإن الخوف من الأماكن المكشوفة لا ينبغي تشخيصها .

الحالات الطبية الأخرى : لا يتم تشخيص الخوف من الأماكن المكشوفة إذا تم تجنب الحالات التي يتم الحكم فيها على أنها تعود لحالة طبية فسيولوجية . ويستند هذا العزم على التاريخ العائلي ، والنتائج المختبرية ، والفحص البدني .

ويمكن أن تشمل الحالة ظروف الاضطرابات العصبية الطبية الأخرى ذات الصلة مع الاضطرابات الحركية المرتبطة (على سبيل المثال : مرض باركنسون والتصلب المتعدد) ، وكذلك اضطرابات القلب والأوعية الدموية . كما أن الأفراد مع بعض الظروف الطبية قد يتجنبوا تلك المواقف بسبب مخاوف واقعية حول كونه عاجزا (على سبيل المثال : إغماء الفرد مع هجمات من نقص التروية عابرة) أو شعوره بالحرج (على سبيل المثال : الإسهال لدى فرد مع مرض كرون) .

ويجب أن يعطى تشخيص الخوف من الأماكن المكشوفة فقط عندما يكون الخوف أو تجنبه يتضح بصورة جلية ، والذى عادة ما يرتبط مع هذه الظروف الطبية .

الاعتلال المشترك :

غالبية الأفراد مع الخوف من الأماكن المكشوفة أيضاً قد يواجهوا اضطرابات عقلية أخرى . أما أكثر التشخيصات الإضافية المتكررة فهي اضطرابات تتعلق بالقلق (على سبيل المثال : الرهاب المحدد ، واضطراب الهلع ، اضطراب القلق الاجتماعى) ، واضطرابات الاكتئاب (الاضطراب الاكتئابي) ، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطراب تعاطي الكحول ، كما تتعلق باضطرابات القلق الأخرى (مثل اضطراب قلق الانفصال ، الرهاب محددة ، واضطراب الهلع) إضافة إلى الاضطرابات التى كثيراً ما تسبق ظهور الخوف من الأماكن المكشوفة ، مثل اضطرابات الاكتئاب ،

واضطرابات تعاطي المخدرات والتى عادة ما تحدث بصورة ثانوية مع الخوف من الأماكن المكشوفة .

اضطراب القلق المعمم :

معايير التشخيص (F41.1) :

A . القلق المفرط والقلق (توقع تخوف) ، وتحدث أكثر من أيام لا لمدة ٦ أشهر على الأقل ، عن عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل العمل أو المدرسة الأداء) .

B . الفرد يجد صعوبة في السيطرة على القلق .

C . وترتبط القلق والقلق مع ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية (مع بعض الأعراض على الأقل بعد أن كان حاضرا لأكثر من أيام فى (٦ أشهر الماضية) .

ملاحظة : مطلوب عنصر واحد فقط في الأطفال مما يلى : -

١. الأرق المرتبط بالشعور بأنه وصل حتى الحافة .

٢. كونه مرهق بسهولة .

٣. صعوبة فى التركيز أو أن العقل أصبح فارغا .

٤. التهيج .

٥. توتر العضلات .

٦. اضطراب النوم (صعوبة في النوم أو البقاء ، أو لا يهدأ ، اضطراب نوم غير مرضي) .

D . القلق ، مع أعراض جسدية تسبب الضيق السريرى الهام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهم من أداء .

E . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، تعاطي المخدرات ، والأدوية) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : فرط نشاط الغدة الدرقية) .

F . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر مثل كل ما يلى :

(مثل : القلق ، أو القلق حول وجود نوبات الذعر ، وفي اضطراب الهلع ، وعند التقييم السلبي في اضطراب القلق الاجتماعى [الرهاب الاجتماعى] ، تلوث أو الهواجس الأخرى في الوسواس القهري ، واضطراب الانفصال ، وفي اضطراب ما بعد الصدمة ، والحصول على الوزن في فقدان الشهية العصبي ، وفى الشكاوى

الجسدية في اضطراب الأعراض الجسدية ، وفي اضطراب تشوه الجسم ، ومع وجود مرض خطير في اضطراب القلق المرضى ، أو فى مضمون المعتقدات الوهمية في اضطراب الفصام ، أو فى اضطراب الوهمية) .

الخصائص التشخيصية :

الميزة الأساس من اضطراب القلق العام هو القلق المفرط وقلق (التخوف المتوقع) عبر عدد من الأحداث أو الأنشطة ، والتى تختلف من حيث الشدة ، والمدة ، أما تواتر القلق فيرجع أصله إلى نسبة إلى احتماله الفعلي أو تأثره بالحدث المرتقب .

وقد يجد الفرد صعوبة في السيطرة على القلق للحفاظ على أفكار مثيرة للقلق ، ومنعها من التدخل مع الانتباه للمهام التى في متناول اليد ، كما قد يعانى البالغين من اضطراب القلق المعمم ، والذين غالبا ما يتعرضون للقلق اليومي ، ولظروف الحياة الروتينية ، مثل مسؤوليات العمل الممكنة والصحة والأحوال المالية ، وصحة أفراد الأسرة ، وسوء حظ أطفالهم ، مع مسائل بسيطة (مثل القيام بالأعمال المنزلية ، أو التأخر عن المواعيد) .

أما الأطفال الذين يعانون من اضطراب القلق العام ، فيميلوا إلى القلق بشكل مفرط حول نوعية أدائهم . أما أثناء الاضطراب ، فقد يحدث تحول من قلق واحد إلى آخر ، وذلك بالتوازى مع العديد من الخصائص التى تميز اضطراب القلق العام ومنها:-

أولاً : المخاوف المرتبطة باضطراب القلق العام ، والتدخل المفرط بشكل كبير مع الأداء النفسي والإجتماعى ، في حين أن هموم الحياة اليومية تبدو بصورة غير مفرطة ، وينظر إليها على أنها أكثر قابلية للإدارة ويمكن تأجيلها عندما تنشأ المسائل الملحة.

الثانية : المخاوف المرتبطة باضطراب القلق العام وهي من أكثر معدلات الانتشار Prevalence ، ووضوحا ، ولديها أطول مدة ، وتحدث بشكل متكرر دون مسببات . أما أكبر مجموعة من ظروف الحياة الضاغطة فتتضح مع مخاوف (على سبيل المثال : المالية ، وسلامة الأطفال ، والأداء الوظيفي) والأرجح (له/ أو لها) أن تظهر أعراض قد تلتقي مع معايير اضطراب القلق العام .

الثالث : المخاوف اليومية الأقل عرضة لترافق الأعراض الجسدية (مثل الأرق أو الشعور المرتبط بزيادة الاقتراب من الحافة) . والأفراد مع القلق المعمم قد يتحولوا من

اضطراب القلق بسبب الضائقة الذاتية / إلى قلق دائم مع ضعف ذات الصلة بالمجالات والمهام الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من المجالات الهامة .

ويرافق القلق ما لا يقل عن ثلاثة من الأعراض الإضافية التالية :

الأرق أو الشعور المرتبط بأعلى / أو على حافة الهاوية ، والتي أنهكت هؤلاء الأفراد بسهولة ، مع صعوبة التركيز ، وقد يبدو العقل فارغا ، مع التهيج ، والتوتر في العضلات ، واضطراب النوم ،وذلك على الرغم من أن المطلوب واحداً فقط ، من تلك الأعراض الإضافية عند الأطفال .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

المترافقة مع توتر العضلات ، وقد يظهر ارتجاف ، ووخز ، وهشاشة الشعور ، وآلام في العضلات أو وجعها . كما أن العديد من الأفراد مع اضطراب القلق العام يعانون أيضاً أعراض جسدية (مثل التعرق ، والغثيان ، والإسهال) وردود الفعل المفاجئة المبالغ فيها .

أما أعراض فرط العوامل اللاإرادية (على سبيل المثال : فتشمل معدل ضربات القلب المتسارعة ، وضيق في التنفس ، والدوخة) وهي أقل وضوحا في اضطراب القلق العام من اضطرابات القلق الأخرى مثل اضطراب الهلع . أما الشروط الأخرى التي قد تترافق مع الضغط (على سبيل المثال : متلازمة القولون العصبي ، والصداع) والتي كثيراً ما تصاحب اضطراب القلق العام .

معدل الانتشار Prevalence :

يستمر اضطراب القلق العام (لمدة ١٢ شهرا) بنسبة ٠,٩ ٪ بين المراهقين وبنسبة ٢,٩ ٪ بين البالغين في المجتمع العام للولايات المتحدة ، مع معدل انتشار لمدة ١٢ شهرا ، أما الاضطراب في بلدان أخرى فتتراوح من ٠,٤ ٪ إلى ٣,٦ ٪ . أما أخطار حياة المهووسين فتصل نسبتهم بين الذكور إلى ٩,٠ ٪ . وهم اكثر عرضة مرتين مع تجربة اضطراب القلق العام من الإناث . أما معدل الانتشار قمم التشخيص في منتصف العمر فينخفض عبر السنوات في وقت لاحق من الحياة .

فى حين الأفراد المنحدرين من أصول أوروبية يميلوا إلى تجربة اضطراب القلق العام أكثر - في كثير من الأحيان - من القيام الأفراد المنحدرين من أصول غير أوروبية

(أي آسيا وأفريقيا ، وجزر المحيط الهادئ) . وعلاوة على ذلك ، فإن الأفراد من البلدان المتقدمة أكثر عرضة من الأفراد من دول أخرى بالأعراض التي تلبي معايير اضطراب القلق العام .

دورة تطور الحالات :

العديد من الأفراد مع تقارير اضطراب القلق المعمم قد يشعرون بالقلق والعصبية فى كل حياتهم . أما متوسط العمر في بداية اضطراب القلق العام فهو ٣٠ عام ، ولكنه ينتشر في بداية هذا السن على نطاق واسع جدا ، حيث يعد متوسط العمر بداية - في وقت لاحق - مع اضطرابات القلق الأخرى .

أما أعراض القلق المفرط فقد تحدث في وقت مبكر من الحياة ، ولكن بعد ذلك تتجلى بوصفها اضطراب قلق مزاجى ، كما أن البداية فنادرا ما تحدث مع هذا الاضطراب قبل سن المراهقة ، وغالباً ما تكون أعراض اضطراب القلق العام مزمنة ويتضاءل الشمع Wax (يقل تأثير اضطراب القلق الرئيس) عبر عمر الفرد ، ويتراوح ما بين متلازمة الإضطراب، إلى معدلات مغفرة (تعافى) كاملة إلى منخفضة جدا .

التعبير السريري لاضطراب القلق العام يتسق نسبيا عبر عمر الحالة : الفرق الأساس بين الفئات العمرية في محتوى قلق الفرد لدى الأطفال والمراهقين ، والذين يميلون للقلق أكثر حول المدرسة والأداء الرياضي ، في حين أن كبار السن يظهرون قلقاً أكبر إزاء الأسرة أو الحالة الصحية الجسدية الخاصة . وبالتالي ، فإن مضمون قلق الفرد يميل إلى أن يكون مناسبا للعمر .

أما البالغين الأصغر سنا أكبر فهم يعانوا من تجربة شدة الأعراض / عنه لدى كبار السن . وبصفة عامة فإن الأفراد - في وقت سابق من حياتهم - لديهم الأعراض التي تلبي معايير اضطراب القلق العام ، مع المزيد من الاعتلال المشترك ، والذى يميل - من المرجح - إلى أن يكون أكثر ضعفاً .

أما ظهور المرض الجسدي المزمن فيمكن أن يكون قضية قوية للقلق المفرط لدى كبار السن ، من المسنين الضعفاء ، وبالتالى تزداد المخاوف حول سلامتهم ، وخصوصا فيما يتعلق بتحدى هبوط الأنشطة .

ويرتبط ذلك مع ضعف الإدراك المبكر ، والذى يشكل على ما يبدو قلقاً مفرطاً لديهم ، أما فى الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطراب القلق العام ، والمخاوف والتى غالبا ما تتصل بجودة الأداء والكفاءة المدرسية ، أو في مجال متابعة الأحداث الرياضية ، وحتى عندما لا يتم تقييم أدائهم من قبل الآخرين ، فقد يكون هناك مخاوف مفرطة بشأن الالتزام بالمواعيد . وقد يشعرون أيضاً بالقلق حول الأحداث الكارثية ، كما فى الزلازل أو الحروب .

أما الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب فقد يسعون بشكل مفرط إلى الكمال ، وهم واثقين من أنفسهم ويميلوا إلى إعادة المهام بسبب عدم الرضا المفرط / مع بذل أداء أقل من الكمال . وهم عادة ما يكونوا مفرطين في السعي والطمأنينة والسعى لطلب الاطمئنان المفرط حول أدائهم وحول الأشياء الأخرى التي تقلقهم . ويجرى هذا التشخيص بالنظر إلى الأطفال ، بهدف إجراء تقييم شامل Overdiagnosed .

وينبغي أن يتم تشخيص اضطرابات القلق والاضطرابات النفسية الأخرى لتحديد ما إذا كانت هذه المخاوف يمكن تفسيرها بصورة أفضل من خلال أحد هذه الاضطرابات ، وذلك مثل : اضطراب قلق الانفصال وغالبا ما يصحب اضطرابات القلق (الرهاب الاجتماعى) الوسواس القهري بسبب المخاوف التي قد تحاكي تلك التي توصف في اضطراب القلق العام . وعلى سبيل المثال : فإن الطفل مع اضطراب القلق الاجتماعى قد يكون قلقاً بشأن الأداء المدرسي بسبب الخوف من الإذلال . أما المخاوف بشأن المرض فيمكن أيضاً أن تفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب القلق أومن خلال اضطراب الوسواس القهري .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : تثبيط السلوكية ، وجدان سلبي (العصابية) ، وقد يرتبط الضرر بتجنب الذين يعانون من اضطراب القلق العام .

البيئية : على الرغم من المحن والحماية المفرطة الأبوية ترتبط باضطراب القلق العام ، إلا أنه لم يتم تحديد أي من العوامل البيئية المحددة لاضطراب القلق العام أو الضرورية أو الكافية للتشخيص .

الجينية والفسيولوجية : ثلث خطر المعاناه باضطراب القلق العام هو عامل وراثي ، وهذه العوامل الوراثية تتداخل مع خطر العصابية والمشتركة مع غيرها من اضطرابات القلق والمزاج ، وخاصة اضطرابات الاكتئاب الكبرى .

هناك تباين كبير تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية كتعبير عن اضطراب القلق العام . وعلى سبيل المثال : في بعض الثقافات ، فإن الأعراض الجسدية التى تسود في التعبير عن الاضطراب ، قد ينظر إليها في ثقافات أخرى بالأعراض المعرفية التى تميل إلى الشيوع والغلبة .

وهذا الاختلاف قد يكون أكثر وضوحا في وقت لاحق من العرض الأولي ، مع أكثر الأعراض المفيدة فى التقارير مع مرور الوقت . وليست هناك معلومات حول ما إذا كان الميل المفرط للقلق هو ذات الصلة بالعامل الثقافى ، وعلى الرغم من أن الشعور بالقلق قد يعبرعن ثقافة معينة . ويظل من المهم النظر في السياق الاجتماعى والثقافي عند تقييم ما إذا كانت مخاوف بشأن بعض الحالات المفرطة لا تستوفى كامل المعايير .

تشخيص القضايا بين الجنسين المتصلة في العوامل الصحية : يتم تشخيص اضطراب القلق العام إلى حد ما على نحو أكثر تواترا في الإناث من الذكور في حوالي٥٥ -٦٠ ٪ من هؤلاء الأفراد المصابين بهذا الاضطراب من الإناث .

وتظهر نتائج الدراسات الوبائية ، بأن اضطراب القلق العام يقارب الثلثين من الإناث ، فى حين ُيظهر الذكور الذين يعانون من اضطراب القلق العام أعراضاً مشابهة ، ولكن مع أنماط مختلفة من الاعتلال المشترك المتسق مع الاختلافات بين الجنسين في معدل الانتشار الاضطرابات ، حيث يرتبط الاضطراب في الإناث بالاعتلال المشترك إلى حد كبير مع اضطرابات القلق والاكتئاب أحادي القطب ، بينما يمتد إلى الاعتلال المشترك لدى الذكور مع استخدام مادة اضطرابات القلق العام .

الأثار الوظيفية لاضطراب القلق المعمم :

القلق المفرط يضعف قدرة الفرد على فعل الأشياء بسرعة وكفاءة ، سواء في المنزل أو في العمل ، كما يستغرق وقتا وطاقة أكبر ، مع الأعراض المصاحبة من توتر العضلات والشعور المرتبط بالوصول إلى حافة الهاوية ، مع التعب ، وصعوبة التركيز ، واضطراب النوم والذى يساهم في انخفاض القيمة ، والذى قد يضعف قدرة الأفراد

الذين يعانون من اضطراب القلق العام فى بث الثقة في أطفالهم ، ويرتبط اضطراب القلق العام مع العجز الكبير والضيق المستقل عن الاضطرابات المرضية .

التشخيص التفاضلي :

اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى : يتم تشخيص اضطراب القلق المرتبط بحالة طبية أخرى إستنادا إلى التاريخ العائلى ، والنتائج المختبرية ، أو الفحص البدني ، للتأكد من تأثير العوامل الفسيولوجية لحالة أخرى محددة طبية (على سبيل المثال : ورم القواتم [1] ، فرط نشاط الغدة الدرقية) .

المادة التي يسببها دواء اضطرابات القلق : يسبب دواء اضطراب القلق أومادة الأدوية (مثل سؤ التعامل مع المخدرات ، والتعرض لمادة سامة) والحكم عليه بأنه يتعلق بإضطرابات القلق Etiologically .

وعلى سبيل المثال : القلق الشديد الذي يحدث فقط في سياق ثقيل سيتم تشخيصه باستهلاك القهوة والكافيين الذى يسبب اضطراب القلق .

اضطراب القلق الاجتماعى : الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق الاجتماعى غالبا ما يرتبط بالقلق الاستباقي الذى يركز على الأوضاع الاجتماعية القادمة ، والتي يجب أن يتم تقييمها من قبل الآخرين ، وذلك على العكس مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق المعمم ، سواء تم ، أو لم يتم تقييمه .

اضطراب الوسواس القهري : تتجمع العديد من خصائص التمييز بين القلق المفرط / واضطراب القلق العام مع الأفكار الوسواسية من اضطراب الوسواس القهري .

---

(١) ورم القَواتِم (phaeochromocytoma) ورم ينشأ من الخلايا أليفة الكروم chromaffin cells الموجودة غالباً في لب الكظر وأحياناً من العقد العصبية الودية خارج الكظر ، ويفرز هذ الورم كميات كبيرة من الهرمونات الكاتيكولامينية , يشكو المريض بشكل رئيسي من ارتفاع ضغط الدم علي شكل نوبات شديدة (نوبات ارتفاع ضغط الدم) أو ارتفاع ضغط الدم المستمر (ارتفاع ضغط الدم المستمر في كثير من الأحيان). خلال فترات ارتفاع ضغط الدم يعاني المريض من صداع شديد ، والدوخة والخفقان والتعرق وأعراض أخرى .

ويتم التركيز في اضطراب القلق العام على القلق المرتبط بالمشاكل المقبلة ، وهذا هو الإفراط في القلق حول الأحداث المستقبلية كأمر غير طبيعي . أما في الوسواس القهري ، والهواجس فيتحدد بشكل الأفكار غير الملائمة التي تأخذ شكل الافكار الدخيلة وغير المرغوب فيها ، والتي تحث على الصور .

اضطراب ما بعد الصدمة والتكيف الاضطرابات : القلق هو الحاضر دائما في اضطراب ما بعد الصدمة . ولا يتم تشخيص اضطراب القلق العام إلا إذا كان واضحاً مع القلق بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب ما بعد الصدمة . وقد يتداخل القلق أيضاً مع اضطراب التكيف ، ولكن ينبغي أن يستخدم هذا التشخيص فقط عندما لا يتم استيفاء معايير أي اضطرابات أخرى (بما في ذلك اضطراب القلق العام) . وعلاوة على ذلك ، فإن اضطرابات التكيف ، قد تحدث استجابة القلق للضغوطات التي يتم تحديدها في غضون ثلاثة أشهر من بداية الضغوطات ، ولا تستمر لأكثر من (ستة أشهر) على انتهاء تلك الضغوطات أو عواقبها . أما الاكتئاب ، والهوس الاكتئابي ، والاضطرابات النفسية المشتركة والمعممة للقلق ، فيجب أن لا يتم تشخيص الميزة المرتبطة بالاكتئاب ، أو بالهوس الاكتئابي ، وبالإضطرابات النفسية / بشكل منفصل إلا إذا حدث قلق مفرط فقط خلال هذه الظروف .

الاعتلال المشترك :

الأفراد الذين تجتمع معهم معايير اضطراب القلق العام من المرجح لديهم تلبية معايير أخرى للقلق واضطرابات الاكتئاب أحادي القطب . والعصابية أو المسؤولية العاطفية التي تدعم هذا النمط من الاعتلال المشترك / والمرتبط بالسوابق المزاجية وعوامل الخطر الجينية والبيئية المشتركة بين هذه الاضطرابات . أما الاعتلال المشترك مع تعاطي المخدرات ، والسلوكيات الذهانية النمائية والعصبية ، والاضطرابات العصبية فهي أقل شيوعا .

معايير التشخيص :

A . هجمات الذعر أو القلق هي الغالبة في الصورة السريرية .

B . هناك أدلة من التاريخ العائلي (الوراثي) ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية على حد سواء (١) و(٢) : -

١. الأعراض في المعيار A تتطور أثناء أو بعد وقت قصير من التسمم من مادة أو الانسحاب أو التعرض إلى الدواء .

٢. جوهر مشاركة الدواء قادر على انتاج الأعراض في . A .

C . لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال اضطراب القلق الذي لا يمثل الجوهر الذى يسببه الدواء . أما الأدلة على وجود اضطراب القلق المستقل فيمكن أن تشمل ما يلي : -

الأعراض التى تسبق بداية تعاطي المخدرات / أو الأدوية ، والأعراض التى تستمر لفترة طويلة من الوقت (على سبيل المثال : حوالي شهر واحد) من وقف الانسحاب الحاد أو التسمم الحاد : وهناك أدلة أخرى تشير إلى أن وجود اضطراب القلق المستقل (يرتبط على سبيل المثال : بتاريخ النوبات المتكررة Non-substance/medication-related) .

D . لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير الهذيان،

H. الاضطراب يسبب ضائقة مهمة سريريا أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء .

ملاحظة : ينبغي إتخاذ هذا التشخيص بدلا من تشخيص التسمم بمادة ، أو الانسحاب من مادة فقط عندما تكون الأعراض في المعيار A تسود في الصورة السريرية بشكل شديد بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري .

ملاحظة الترميز : إن ICD-9-CM ورموز ICD-10-CM لـ [مادة محددة الدواء] يشار إلى اضطرابات القلق الوارد فى ICD-10-CM والذى يعتمد على ما إذا كان أو لم يكن هناك اضطراب مرضي باستخدام مادة حاضرة لنفس الفئة من المواد المخدرة .

وإذا تم وصفه بالمرضية الخفيفة نتيجة اضطراب تعاطي المخدرات مع المادة التي يسببها اضطراب القلق ، فالطابع هو 4 هو "1" ، وينبغي على الطبيب تسجيل " خفيفة [مادة] استخدام الفوضى" قبل اضطراب القلق الناجم عن مادة (على سبيل المثال : " اضطراب خفيف نتيجة تعاطي المادة التي يسببها الكوكايين مع اضطرابات القلق") . إذا كان معتدل .

أما مرضية اضطراب تعاطي المخدرات الشديدة مع اضطراب القلق الناجم عن المخدرات ، فالطابع هو 4 "2 " ، ويجب على الطبيب أن يسجل "المعتدلة [مادة] اضطراب استخدام أو " [الجوهر] اضطراب استخدام شديد ، " وذلك اعتمادا على الشدة المرضية لاضطراب تعاطي المخدرات . أما إذا لم يكن هناك اضطراب تعاطي المخدرات المرضي فيكتب (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، ثم الموقف 4 هو " 9 " ، ويجب على الطبيب تسجيل اضطراب القلق الناجم عن المخدرات . ICD-10-CM أو ICD-9-CM

مع استخدام كل من :

• الكحول	F10.180 FI 0.280 0.980 FI
• الكافيين	F15.180 FI 5.280 5.980 FI9
• القنب	F12.180 FI 2.280 2.980 FI
• فينسيكليدين	F16.180 FI 6.280 6.980 FI
• المهلوسات الأخرى	F16.180 F16.280 F16.980
• المستنشق	FI 8.180 8.280 FI F18.980
• مادة أفيونية	F11.188 F11.288 F11.988
• مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق	FI FI 3.280 3.980 FI
• الأمفيتامين (أو غيرها من المنبهات)	FI FI 5.280 5.980 FI .
• الكوكايين	FI FI 4.280 4.980 FI

تحديد إذا كان المادة المرتبطة بالإدمان واضطرابات " التشخيص ترتبط بمادة الإدمان" : مع بداية أثناء التسمم : وينطبق هذا المحدد إذا ما تم استيفاء معايير التسمم مع الجوهر والأعراض خلال تطوير التسمم .

بداية التأثير خلال Withdrawai : وينطبق هذا المحدد إذا تم استيفاء معايير للانسحاب من الجوهر أو من الأعراض خلال تطويره ، أو بعد فترة وجيزة من الانسحاب .

بداية التأثير بعد استخدام الدواء : قد تظهر الأعراض إما مع بدء الدواء أو بعد التعديل أو التغيير في الاستخدام .

إجراءات التسجيل :

ICD-9-CM . يبدأ اسم المادة التي يسببها الدواء لاضطراب القلق مع مادة معينة (مثل الكوكايين ، سالبوتامول) التي يفترض أن تكون السبب في حدوث أعراض القلق ، ويتم تحديد رمز التشخيص مع مجموعة المعايير ، والتي تستند على طبقة المخدرات .

أما بالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال : سالبوتامول) ، فيجب استخدام رمز " مادة أخرى" وذلك في الحالات التي يتم الحكم فيها على مادة لتكون عاملا مسببا ولكن لفئة معينة من مادة غير معروفة ، كما ينبغى عند استخدام فئة " مادة مجهولة " بأن يتبع اسم الاضطراب مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال مرحلة التسمم ، أو البدء بها أثناء الانسحاب ، مع ظهورها خلال استخدام الدواء) .

وخلافا لتسجيل إجراءات ICD-I0-CM ، التي تجمع بين الاضطراب الناجم عن المخدرات واضطراب تعاطي المخدرات في رمز واحد ، لـ ICD-9-CM والتي يعطى - فى هذه الحالة - رمز تشخيص منفصل لاضطراب تعاطي المخدرات .

وعلى سبيل المثال : في حالة من أعراض القلق التي تحدث خلال الانسحاب من اضطراب شديد باستخدام دواء " ورازيبام " فإن التشخيص هو (اضطراب القلق الناجم عن ورازيبام) مع بداية أثناء الانسحاب منه .

أما التشخيص الإضافي / مع شديد الاضطراب باستخدام ورازيبام ، فيتم عندما يتم الحكم على مضمون واحد أو أكثر هام يسهم في تطوير أعراض القلق ، ويجب أن يتم سرد كل على حدة / مع اضطراب القلق ، أو مع بداية ، أو أثناء التسمم ؛ الناجم عن استخدام سالبيوتومول (Salbutamol) [1] لاضطرابات القلق ، مع ظهور أعراضه بعد استخدام الدواء) .

---

(١) سالبيوتومول **(Salbutamol)** هو دواء ذو مدى قصير محفز لمستقبلات بيتا ٢ ويستخدم لإرخاء عضلات القصبات الملساء في أمراض تسبب تشنج هذه العضلات ومنها الربو والتهاب القصبات المزمن يوجد منه نوعان قصير الأمد وطويل الأمد ويعطيان عن طريق الاستنشاق .

ICD-10-CM .[1] يبدأ تشخيص الأمراض باسم المادة التي يسببها دواء اضطراب القلق مع مادة معينة (مثل الكوكايين ، سالبيوتومول) التي يفترض أن تكون السبب في حدوث أعراض القلق . ويتم تحديد رمز التشخيص الوارد في مجموعة المعايير ، والتي تقوم على طبقة المخدرات فى ظل جود أو عدم وجود اضطراب تعاطي المخدرات المرضي .

أما بالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال : سالبيوتومول) ، أما رمز "مادة أخرى" فينبغي أن يستخدم ، في الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة لتكون عامل مسبب للمرض ولكن لفئة معينة من مادة غير معروفة ، وفئة "غير معروفه بالمادة " التى ينبغي استخدامها .

عند تسجيل اسم اضطراب : مثل اضطراب تعاطي المخدرات المرضي (إن وجدت) ويتم سرد أولا ، تليها كلمة " مع " يليها اسم بفعل مادة اضطرابات القلق ، تليها مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال مرحلة التسمم ، أثناء الانسحاب ، أو مع بدء ظهورها خلال استخدام الدواء) . وعلى سبيل المثال : في حالة أعراض القلق التي تحدث أثناء الانسحاب مع اضطراب شديد باستخدام " دواء ورازيبام " فيكون التشخيص هو اضطراب شديد F13.280 مع استخدام ورازيبام / أو اضطرابات القلق الناجم عن ورازيبام ، مع بداية ، أو أثناء الانسحاب .

أما التشخيص المنفصل من الاضطراب المرضي الشديد / دون استخدام ورازيبام ، فيتم في حالة حدوث اضطراب القلق الناجم عن مادة غير مسببة لاضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من استخدام كثيف للمادة) ، مع الملاحظة المرفقة لاضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : F16.980 استخدام "سيلوسيبين " التي يسببها اضطراب القلق ، مع بداية / أو أثناء التسمم) .

وعندما يتم الحكم على مضمون واحد أو أكثر بما يسهم بدور هام في تطوير أعراض القلق ، ويجب أن يتم سرد كل على حدة (على سبيل المثال : F15.280 شديد الاضطراب الناجم عن استخدام " الميثيلفينيديت " مع اضطرابات القلق ، مع بداية /

---

(١) ICD-10-CM الإصدار العاشر لتشخيص الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية .

أو أثناء التسمم ؛ F19.980 التي يسببها ساليبيوتومول لاضطرابات القلق ، والتى تظهر مع بداية استخدام الدواء) .

الخصائص التشخيصية :

السمات الأساس البارزة للمادة التي تسببها أدوية اضطرابات القلق هي :

أعراض الهلع أو القلق (A) ويتم الحكم على ذلك يعود إلى آثار تلك المادة (على سبيل المثال : جراء دواء ، أو التعرض للسموم) .

أما أعراض الهلع أو القلق فيجب أن تكون وضعت أثناء أو بعد وقت قصير من مادة التسمم أو الانسحاب/ أو بعد التعرض للدواء ، أو المواد أو الأدوية التى تكون قادرة على إنتاج الأعراض (B2) .

أما المادة التي يسببها دواء اضطراب القلق فيرجع ذلك إلى أن العلاج الموصوف لاضطراب عقلي أو لحالة طبية أخرى ، يجب تكون بدايته مع الفرد الذى يتلقى الدواء (أو أثناء الانسحاب من الدواء) .

وبمجرد توقف العلاج ، فسوف يقل الذعر أو القلق ، ويحدث تحسن فى الأعراض في غضون عدة أيام ولعدة أسابيع في الشهر (اعتمادا على نصف عمر مادة الدواء ووجود الانسحاب) .

كما أن تشخيص المادة التي يسببها دواء اضطراب القلق ، لا ينبغي أن تعطى فى بداية الذعر أو القلق ، حتى لا تحدث أعراض التسمم الذى يسبق مادة الدواء أو الانسحاب ، أو إذااستمرت الأعراض لفترة طويلة من الزمن (أي ، عادة أطول من شهر واحد) من وقت التسمم الشديد أو الانسحاب . وينبغي النظر في الأعراض إذا استمرت أعراض موجات الذعر أو القلق لفترات طويلة من الزمن ، أو لأسباب أخرى .

وينبغي أن يتم تشخيص اضطراب المادة التي يسببها دواء القلق بدلا من تشخيص مادة التسمم أو مادة الانسحاب فقط / وذلك عندما تكون الأعراض في المعيار A هي الغالبة في الصورة السريرية وشديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

يمكن أن تحدث حالة من الذعر أو القلق بالاشتراك مع التسمم مع الفئات التالية من المواد : -

الكحول ، والكافيين ، القنب ، فينسيكليدين ، والمهلوسات الأخرى ، المستنشقات ، والمنشطات (بما في ذلك الكوكايين) ، وغيرها من المواد (أو غير المعروفة). ويمكن أن تحدث حالة من الذعر أو القلق بالتعاون مع الانسحاب من الفئات التالية من المواد التالية : الكحول؛ الأفيونيات ؛ المهدئات ، المنومات ، ومزيلات القلق؛ المنشطات (بما في ذلك الكوكايين) ، وغيرها (أو غير المعروفة) من المواد الأخرى .

وقد تثير بعض الأدوية أعراض القلق وتشمل التخدير والمسكنات ، أو غيرها من موسعات القصبات ، الكولين ، الأنسولين ، واستعدادات الغدة الدرقية ، ووسائل منع الحمل عن طريق الفم ، ومضادات الهستامين ، وأدوية انتيباركينسونيان ، القشرية ، والأدوية الخافضة للضغط والقلب والأوعية الدموية ، ومضادات الاختلاج ، كربونات الليثيوم ، وأدوية مضادات الذهان ، والأدوية المضادة للاكتئاب ، إضافة إلى المعادن الثقيلة والسموم (على سبيل المثال : مبيدات الحشرات الفوسفاتية العضوية ، وغازات الأعصاب ، وأول أكسيد الكربون ، وثاني أكسيد الكربون والمواد الطيارة مثل البنزين والطلاء) ويمكن أيضاً أن تتسبب فى ظهورأعراض الذعر أو القلق .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار **Prevalence** للمادة التي يسببها دواء اضطراب القلق غير واضحة ، وتشير البيانات السكانية - بصفة عامة - إلى أنها قد تكون نادرة ، مع معدل الانتشار لمدة ١٢ شهرا تقريبا ٠,٠٠٢ ٪ . بصورة سريرية مع الأفراد ، والتى من المرجح أن تكون أعلى نسب معدلات الانتشار .

التشخيص :

تقييم المختبر (مثل تسمم البول) قد يكون مفيداً لقياس مادة التسمم كجزء من تقييم المادة التي يسببها دواء اضطرابات القلق .

التشخيص التفاضلي :

تسمم المخدرات والانسحاب من المواد المخدرة : تحدث أعراض القلق الأكثر شيوعا في التسمم من مادة الانسحاب ، فإن تشخيص (مادة خاصة Substancespecific) قد يحدث التسمم أو الانسحاب ، وعادة ما تكفى المواد المحددة لتصنيف الأعراض .

أما تشخيص المادة التي يسببها دواء اضطراب القلق ، وينبغي إضافة مادة الانسحاب ، عندما تحدث أعراض الذعر أو القلق الغالبة في الصورة السريرية والشديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقلة . وعلى سبيل المثال : قد يمثل حالة من الذعر أو القلق المتصل بأعراض سمة من انسحاب الكحول .

اضطرابات القلق (أي غير الناجم عن مادة الدواء) : وهى مادة الدواء المستحث Medicationinduced والذى يتم الحكم من خلال اضطراب القلق ذات الصلة بمادة الدواء . وتتميز المادة التي يسببها دواء اضطراب القلق الأساس بزمن بداية تعاطيه ، وبالعوامل الأخرى فيما يتعلق بمواد الأدوية ، كما يجب أن تكون هناك أدلة من تاريخ تعاطي المخدرات ، والفحص البدني ، أو النتائج المختبرية للاستخدام ، والتسمم ، أو الانسحاب ، والذى يسببه دواء اضطرابات القلق الذى لا ينشأ إلا بالتعاون مع التسمم أو بالانسحاب ، في حين اضطرابات القلق الأولية قد تسبق ظهور تعاطي المخدرات الأدوية .

أما ظهور الخصائص الشاذة من اضطراب القلق الأولية ، مثل العمر (على سبيل المثال : بداية اضطرابات الهلع بعد سن ٤٥ سنة) أو الأعراض (على سبيل المثال : هجوم الذعر غير النمطي ، وأعراض مثل الدوار الحقيقي ، وفقدان التوازن ، وفقدان الوعي ، وفقدان السيطرة على المثانة ، والصداع ، وثقل اللسان) وقد توحي المادة التي يسببها الدواء وفقاً للمعيار (A) ما يبرر القلق الأساس اضطراب التشخيص إذا استمرت أعراض حالة الذعر أو القلق لفترة طويلة من الوقت (حوالي شهر واحد أو أكثر) بعد إنتهاء مادة التسمم أو الانسحاب الحاد ، المتصل بتاريخ من اضطرابات القلق .

الهذيان : في حالة حدوث حالة من الذعر أو القلق ، فإن الأعراض تستمر حصراً أثناء الهذيان ، والتي يمكن أن يتم تشخيصها كسمة مرتبطة بالهذيان وليس بشكل منفصل .

اضطراب القلق بسبب حالة طبيـة أخـرى : إذا كـان ذعـر أو قلـق الأعـراض ، أو ينسب إلى العواقب الفسيولوجية لحالة طبية أخرى (أي ، بدلا من أن الـدواء المتخـذ لحالة طبية) ، ويشخص اضطراب القلق بسبب تشخيص حالة طبية .

وغالباً ما يوفر الأساس - في بعض الأحيان - نتيجة تغـيير في عـلاج حالـة طبيـة أخرى (على سبيل المثال : الأدوية التى قد تكـون هنـاك حاجـة إلى اسـتبدالها أو وقفهـا) لتحديد ما إذا كان الدواء هو العامل المسبب (في هـذه الحالـة ، والـذى يمكـن أن يفـسر الأعراض بشكل أفضل من خلال المادة التي يسببها دواء اضطرابات القلـق) . وإذا كـان الاضـطراب يعـزى إلى حالـة جوهريـة نتيجـة اسـتخدام طـبي آخـر ، وسـواء كانـت التشخيصات (أي اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى ، أو المادة الـتي يـسببها دواء اضطرابات القلق) .

وعندما تكون هناك أدلة كافية لتحديد ما إذا كانت أعراض الذعر أو القلق تعزى إلى مـادة الأدويـة أو إلى حالـة طبيـة أخـرى (أي لا ينـسب إلى أي مـادة أو حالـة طبيـة أخرى) ، وهو مـا يوضـحها تـشخيص اضـطرابات القلـق الأخـرى المحـددة / أو غـير المحددة DSM-5.

معايير التشخيص (F06.4) :

A . هجمات الذعر أو القلق هي الغالبة في الصورة السريرية .

B . هناك أدلة من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية بأن الاضطراب هـو نتيجة مرضية في جسم المريض مباشرة ، ونتيجة لحالة طبية أخرى .

C . لا يفسر الاضطراب أفضل / من خلال اضطراب عقلي آخر .

D . لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير الهذيان ، وقد يسبب ضـائقة سـريرية مهمـة أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

ملاحظة الترميز : يشمل اسم حالة طبية أخرى داخل اسـم الاضـطراب العقلـي (على سبيل المثال : [F06.4] اضطراب القلق) . كما ينبغي ترميز الحالة الطبية وسرد كـل على حدة مباشرة عند حدوث اضطراب القلق بسبب حالـة طبيـة ، ناتجـة عـن تعـاطى الأدوية .

الخصائص التشخيصية :

الميزة الأساس من اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى / غير هام سريريا ، كما لا يتم تفسير القلق بصورة أفضل ، من خلال تفسير تأثير حالة طبية فسيولوجية أخرى ، والذى يمكن أن يشمل أعراض القلق أو هجمات الذعر البارزة .

(A) الحكم من خلال الأعراض هي أفضل تفسير بما يرتبط بها من الحالة المادية التى تستند على أدلة من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية .

(B) بالإضافة إلى ذلك ، يجب ألا يتم اتخاذ الأعراض بصورة أفضل من جانب آخر اضطراب عقلي ، على وجه الخصوص ، اضطراب التكيف ، مع القلق الناتج عن ضغوط حالة طبية .

(C) في هذه الحالة ، فإن الفرد مع اضطراب التكيف ، قد يمثل حالة خاصة بالأسى حول معنى أو تداعيات حالة طبية مرتبطة بها . وعلى النقيض من ذلك ، فغالبا ما يكون هناك مكون مادي بارز يرتبط بالقلق (على سبيل المثال : ضيق التنفس) وذلك عندما يكون القلق بسبب حالة طبية أخرى . كما لا يجب التشخيص عند حدوث أعراض القلق فقط أثناء الهذيان .

(D) أعراض القلق يجب أن تسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المجالات الهامة للأداء .

(E) في تحديد ما إذا كانت أعراض القلق يمكن أن ُتعزى إلى حالة طبية أخرى ، علاوة على ذلك ، يجب أن إثبات أن أعراض القلق يمكن أن تكون ذات الصلة بحالة طبية من خلال آلية فسيولوجية قبل إصدار حكم بأن هذا هو أفضل تفسير دقيق وشامل للأعراض لفرد بعينه .

تقييم العوامل المتعددة هو أمر ضروري لاتخاذ التشخيص الدقيق : عدة جوانب من السريرية التي ينبغي النظر فيها وهى :

١) وجود ارتباط زماني واضح بين البداية ، وبين التفاقم ، أو بين مغفرة (تعافى) من أعراض القلق نتيجة حالة طبية ؛

٢) وجود الخصائص شاذة من اضطراب القلق الأساس (على سبيل المثال : في بداية مرحلة الإضطراب) .

٣) تعرف الآلية الفسيولوجية (على سبيل المثال : فرط نشاط الغدة الدرقية) .

وبالإضافة إلى ذلك يسبب القلق ، الاضطراب الذى يجب ألا يفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب القلق الرئيس ، وهو اضطرابات القلق ، أو آخر اضطراب عقلي أولي (على سبيل المثال : اضطراب التكيف) .

الخصائص المرتبطة بدعم التشخيص :

من المعروف أن عددا من الحالات الطبية تشمل مظهر من مظاهر أعراض القلق : وتشمل الأمثلة مرض الغدد الصماء (مثل فرط نشاط الغدة الدرقية ، نقص السكر في الدم) ، واضطرابات القلب والأوعية الدموية (مثل وفشل القلب الاحتقاني ، والانسداد الرئوي ، وعدم انتظام ضربات القلب مثل الرجفان الأذيني) ، وأمراض الجهاز التنفسي (على سبيل المثال : مرض الانسداد الرئوي المزمن ، والربو ، والالتهاب الرئوي) ، واضطرابات التمثيل الغذائي (على سبيل المثال : نقص فيتامين ب١٢) والأمراض العصبية (مثل الأورام ، والتهاب الدماغ) .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى غير واضح : ويبدو أن معدل انتشار اضطرابات القلق مرتفعاً من بين الأفراد مع مجموعة متنوعة من الحالات الطبية ، بما في ذلك الربو ، وارتفاع ضغط الدم ، والقرحة ، والتهاب المفاصل . ومع ذلك ، فقد تكون زيادة معدلات الانتشار ، راجعة لأسباب أخرى غير اضطراب القلق مما قد يتسبب مباشرة في حالة طبية أخرى .

دورة نمو الحالات :

تطوير اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى غالباً ما يتبع مسار المرض الأساس . وليس المقصود من هذا التشخيص بأن يشمل اضطرابات القلق الأولية التي تنشأ في سياق مرض طبي مزمن . وهذا هو المهم للنظر مع البالغين الأكبر سنا الذين قد يطوروا اضطرابات القلق المستقلة الثانوية لمرض طبي مزمن .

علامات التشخيص يتم تقييم المختبرى ، وإجراء الفحوصات الطبية الضرورية لتأكيد تشخيص الحالة الطبية المرتبطة بها .

التشخيص التفاضلي :

الهذيان : ويشير إلى تشخيص منفصل من اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى ، غير أنها لا ُتعطى في حالة حدوث اضطراب القلق حصرا أثناء هذيان . ومع ذلك ، يمكن إعطاء تشخيص اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى .

بالإضافة إلى تشخيص اضطراب عصبي رئيس (الخرف) وإذا كان من المسببات التى يتم الحكم فيها على القلق بأن يكون نتيجة لعملية فسيولوجية مرضية ، مما قد يتسبب في اضطراب عصبي سريري .

عرض مختلط من الأعراض (على سبيل المثال : والمزاج والقلق) . إذا كان العرض التقديمي يتضمن مزيج من أنواع مختلفة من الأعراض ، فإن الاضطراب العقلي المحدد بسبب طبي آخر كحالة يعتمد على الأعراض التي تسود في الصورة السريرية .

المادة التي يسببها دواء اضطرابات القلق : إذا كان هناك دليل على الاضطرابات الأخيرة أو مع فترات طويلة من استخدام مادة (بما في ذلك الأدوية النفسية) ، أو الانسحاب من مادة ، أو التعرض لمادة سامة ، وهي المادة التي يسببها دواء اضطراب القلق ، والتي ينبغي النظر فيها . ومن المعروف أن بعض الأدوية تؤدى إلى زيادة القلق (على سبيل المثال : هرمون الإستروجين ، وميتوكلوبراميد) ، وعندما يكون هذا هو الحال ، وعلى الرغم من أنه قد يكون من الصعب التمييز بين ما إذا كان القلق يُعزى إلى الأدوية أو إلى مرض طبي آخر . وعند تشخيص القلق المتعلق بالعقاقير المنشطة أو Nonprescribed ، فقد يكون من المفيد الحصول على تحليل البول والدم ، والمخدرات الأخرى عبر التقييم المختبرى المناسب .

الأعراض التي تحدث أثناء أو بعد فترة وجيزة (أي في غضون ٤ أسابيع) من جراء مادة التسمم أو الانسحاب ، أو بعد استخدام الدواء قد تكون مؤشراً خاصة من المواد التي يسببها اضطراب القلق ، وهذا يتوقف على نوع ، ومدة ، أو كمية المادة المستخدمة ، وإذا كان يرتبط الاضطراب بحالة طبية أخرى مع نسب تعاطي المخدرات ، سواء التشخيصات (أي اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى ، أو يمكن أن يكون بسبب مادة تُعطى لاضطراب القلق الناجم عن الدواء) .

أما ميزات مثل ظهوره بعد (سن ٤٥ سنة) أو وجود أعراض غير نمطية خلال هجوم نوبة الذعر (على سبيل المثال : الدوار ، وفقدان الوعي ، وفقدان السيطرة على المثانة أو الأمعاء ، دغم الكلام ، فقدان الذاكرة) واحتمال أن تكون بسبب حالة طبية أخرى أو مادة قد تسبب ذعر هجوم الأعراض .

اضطرابات القلق (وليس بسبب حالة طبية معروفة) : ينبغي التميز بين اضطراب القلق بسبب آخر حالة طبية من اضطرابات القلق الأخرى (وخاصة اضطرابات الهلع واضطراب القلق العام) .

أو بسبب اضطرابات القلق الأخرى ، غير المحددة والآليات الفسيولوجية المسببة لها مباشرة ، والمرتبطة بحالة طبية أخرى .

أما الأعراض غير النمطية للاضطراب فقد تظهر في وقت متأخر من العمر ، ونتيجة لعدم وجود أو تاريخ عائلي من اضطرابات القلق ، فتبدو الحاجة معها بضرورة لجراء تقييم شامل للحكم وتشخيص اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى . ويمكن أن تؤدى اضطرابات القلق إلى تفاقم أو تشيكل خطر متزايد لظروف طبية مثل الأحداث القلب والأوعية الدموية واحتشاء عضلة القلب ، وينبغي ألا يتم تشخيصها على أنها اضطراب قلق بسبب آخر حالة طبية من هذه الحالات .

مرض اضطراب القلق : يجب أن يتم تمييز اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى /عن اضطراب مرض القلق . حيث يتميز اضطراب القلق المرضى (من قبل قلق حول المرض) أو القلق حول الألم ، والانشغالات الجسدية . وفي حالة مرض اضطراب القلق ، فإن الأفراد (قد أو / قد لا) يجرى لهم تشخيص بشبب حالة طبية أخرى . وقد تكون تلك الحالة الطبية ليست بذات لصلة - من الناحية الفسيولوجية - بأعراض القلق.

اضطرابات التكيف : اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى يجب أن يكون خالياً من اضطرابات التكيف ، مع القلق ، أو مع القلق والاكتئاب المزاج . وهذا ما يبرر حدوث اضطراب التكيف عندما يواجه الأفراد استجابة مهيئة إلى الإجهاد مع وجود حالة طبية أخرى . ويتعلق رد الفعل على الإجهاد تتعلق بمعنى أو عواقب الإجهاد ، بالمقارنة مع تجربة القلق، أو أعراض اضطراب المزاج الذى يحدث نتيجة لحالة فسيولوجية أخرى .

وعادة ما ترتبط أعراض اضطرابات القلق بحالة طبية أخرى ، والأكثر عرضة للأعراض الجسدية البارزة .

الميزة المرتبطة باضطراب عقلي آخر : وقد تكون أعراض القلق والمرتبطة بها تمثل سمة من سمات اضطراب عقلي آخر (مثل الفصام ومرض فقدان الشهية العصبي) . ويعطى هذا التشخيص إذا كان إلا كانت أعراض القلق الأولية تمت بفعل مادة ، أو بما يرتبط مع حالة طبية أخرى .

اضطرابات القلق المحدد (F41.8) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب القلق ذات السبب السريري ، والناتج عن استغاثة بالغة أو باعتلال في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من المجالات الهامة للعمل الذى يسود ولكن لا يستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات فئة تشخيص القلق .

أما اضطرابات القلق الأخرى المحددة فتستخدم في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال السبب المحدد للعرض الذى لا يلبي معايير أي اضطراب قلق محدد . ويتم ذلك من خلال تسجيل " اضطرابات القلق الأخرى المحددة " المتبوعة بسبب محدد (على سبيل المثال : " القلق العام لا يحدث أكثر من أيام ") . أمثلة من العروض المحددة التي يمكن استخدامها بـ " الأخرى المحددة " وتشمل ما يلي : -

١. هجمات محدودة من الأعراض .

٢. القلق العام لا يحدث أكثر من عدة أيام .

٣. الاعتداء (هجوم من الأعصاب) : انظر "معجم المفاهيم الثقافية للاستغاثة في الملحق .

لضطراب القلق غير المحدد (F41.9) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب القلق السريري ، والذى يمثل استغاثة بالغة أو نتيجة اعتلال في الاجتماعية والمهنية ، أوغيرها المجالات الهامة للعمل الذى يسود ولكن لا يستوفي المعايير الكاملة لأي من الاضطرابات في اضطرابات فئة تشخيص القلق ، وغير المحددة للقلق واضطراب الفئة التى تستخدم في الحالات

التي لا يختار الطبيب فيها تحديد السبب / إن لم يتم استيفاء معايير اضطراب القلق المحدد ، وتشمل تلك العروض معلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .



الفصل الثالث
الاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة
الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة

الاضطرابات ذات صلة بالوسواس القهري :

اضطرابات الوسواس القهرى Obsessive-compulsive disorder :

مقدمة :

الوسواس القهري هو اعتقاد المرء بفكره معينة تلازمه دائماً وتحتل جزءًا من وعيه وشعوره ، ورغم اقتناع المريض بسخافة هذا التفكير ، إلا أن هذه الفكرة قد تكون قهرية ، أي أنه لا يستطيع إزالتها أو الانفكاك منها ، وذلك مثل تكرار وترديد جمل نابية فى ذهن المريض ، أو تكرار نغمة موسيقية أو أغنية تظل تلاحقه وتقطع عليه تفكيره بما قد يُتعب المصاب ، وأحياناً قد يؤذي المصاب بها نفسه بصورة جسدية ، كالمصابين بمرض "هوس نتف الشعر" وقد تحدث درجة خفيفة من هذه الأفكار عند كل إنسان خلال فترة من فترات حياته ، إلا ان الوسواس القهرى يتدخل ويؤثر في حياة الفرد واعماله الأعتيادية ، والذى قد يعيقه تماماً عن العمل .

ونسبة هذا المرض تتراوح ما بين ١- ٣% من البشر ، وربما كان ضعف هذا الرقم قد عانوا من هذه الحالة المرضية في فترة ما من حياتهم . وتشمل الاضطرابات ذات الصلة بالوسواس القهري Obsessive-compulsive disorder (OCD) ، كل من اضطراب تشوه الجسم ، واضطراب نتف الشعر واضطراب شجب أو سحب (تقطيع الجلد) اضطراب المادة التي يسببها الدواء ، واضطراب الوسواس وما يتصل بها ، والوسواس القهري المتعلق بسبب حالات طبية أخرى محددة بالوسواس القهري ، وغيرها غير محددة بالوسواس القهري ، لكنها ذات الصلة به (على سبيل المثال ، التركيز على حركات الجسم المتكررة واضطراب السلوك ، والسلوك الوسواسي) .

ويتميز الوسواس القهري بوجود هواجس أو دوافع :

الهواجس هي أفكار أو تصورات متكررة ومستمرة تسيطر على فكر الفرد ، وتحدث تدخلا غير مرغوب فيه ويصعب التخلص منها ، في حين أن الدوافع هي

السلوكيات المتكررة أو الأفعال العقلية ، يشعر معها الفرد بأنه مدفوعاً لأداء استجابة معينة ، أو وفقاً للقواعد الأخـــلاقية والاجتماعية ، والتي يجب أن تطبق بشكل صارم .

وتتسم مجموعة اضطرابات الوسواس القهري الأخرى - ذات الصلة - بالتركيز على السلوكيات الجسمية المتكررة (على سبيل المثال ، سحب الشعر ، وتقطيع الجلد) ومحاولات لتقليل أو إيقاف السلوكيات المتكررة .

ويعكس إدراج فصل عن اضطرابات الوسواس القهري وذات الصلة في DSM-5 على الأدلة المتزايدة لإرتباط هذه الاضطرابات مع بعضها البعض من حيث مجموعة من المصادقون (فريق العمل فى إعداد الدليل) على الفائدة السريرية من تجميع هذه الاضطرابات في نفس الفصل . ويتم تشجيع الأطباء على مشاهدة هذه الشروط في الأفراد الذين يعانون من أحد هذه الاضطرابات ، ويكون على بينة - في الوقت نفسه - من هذا التداخل بين هذه الشروط المسببة له ، وهناك إختلافات هامة بين المصادقون على تشخيص DSM-5 وبين الأساليب العلاجية عبر هذه الاضطرابات .

وعلاوة على ذلك ، هناك علاقات وثيقة بين اضطرابات القلق / وبين بعض اضطرابات الوسواس القهري وذات الصلة وهو ما ينعكس في تسلسل فصول DSM-5

كما تختلف اضطرابات الوسواس القهري عن المعايير التنموية الناتجة عن إنخراط الفرد النمطي المفرط فى أداء أعمالة ، والتى قد تستمر لفترات زمنية محددة . ويتطلب التمييز بين وجود الأعراض السريرية والاضطراب السريري تقييم عدد من العوامل ، بما في ذلك مستوى شدة وضعف أداء الفرد .

وتبدأ الحالة مع الوسواس القهري : بظهور أعراض اضطراب تشوه الجسم وحب التملك ، والفوضى ، التي تتميز بالأعراض المعرفية مثل العيوب المتصورة في المظهر الجسدي أو الحاجة المتصورة لإنقاذ ممتلكاتهم . ثم يغطي فصل الوسواس القهرى فى هذا الدليل ، نتف الشعر (إضطراب نتف الشعر) وفوضى شجب أو سحب (تقطيع الجلد) ، التي تتميز بتركزها على سلوكيات الجسم المتكررة . كما يشمل الفصل الوسواس القهري والمتعلق بالمادة التي يسببها الدواء ، واضطراب الوسواس القهري المتصل به بسبب حالة طبية أخرى ، وغيرها من محددات الوسواس القهري .

في حين تختلف طبيعة محتوى الهواجس والدوافع بين الأفراد ، وذلك فى بعض أبعاد الأعراض شائعة في الوسواس القهري ، بما في ذلك :

- التعافى من (الهواجس والدوافع االسلبية)؛
- التناظر المتمثل فى (تكرار الهواجس ، وضغط الدوافع ، والعد المستمر)؛
- الأفكار الممنوعة أو المحرمة مثال العدوانية (على سبيل المثال ، المخاوف من الضرر الجنسي ، والهواجس والدوافع ذات الصلة) .
- الدوافع ذات الصلة بالوسواس القهرى ، والمتعلقة بالتشنج الناتج عن الوسواس القهري ، والذى يحدث للفرد الذى لديه تاريخ حالي أو سابق من اضطراب التشنج .

إلا أنه يجب التأكيد على أن أحاسيس القلق والشكوك والاعتقادات المرتبطة بالتشاؤم والتفاؤل كل هذه أشياء عادية في حياة كلٍ منا ، ولكن عندما تصبح هذه الأشياء زائدة عن الحد كأن يستغرق إنسان في غسيل اليدين ساعات وساعات أو عمل أشياء غير ذات معنى على الإطلاق ، عندئذ يقوم الأطباء بتشخيص الحالة على أنها حالة مرض الوسواس القهري . ففي مرض الوسواس القهري ، يبدو وكأن العقل قد التصق بفكرة معينة أو دافع ما وأن العقل لا يريد أن يترك هذه الفكرة أو هذا الدافع .

و يعتبر مرض الوسواس القهري مرضا طبيًا مرتبطاً بالمخ ، ويسبب مشكلات في معالجة المعلومات التي تصل للمخ . وليست الاصابة بهذا المرض خطأ أو نتيجة لكون الشخصية ضعيفة أو غير مستقرة . فقبل استخدام الأدوية الطبية الحديثة والعلاج النفسي المعرفي ، كان مرض الوسواس القهري يُصنف بأنه غير قابل للعلاج . واستمر معظم الناس المصابين بمرض الوسواس القهري في المعاناة على الرغم من خضوعهم للعلاج النفسي لسنين طويلة . ولكن العلاج الناجح لمرض الوسواس القهري ، كأي مرض طبي متعلق بالمخ ، يتطلب تغييرات معينة في السلوك ، وفي بعض الأحيان يتطلب بعض الأدوية النفسية .

ويتميز اضطراب تشوه الجسم عن طريق الانشغال بنظرة واحدة ، أو أكثر نتيجة عيوب في المظهر الجسدي التي لا يمكن ملاحظتها أو تظهر بصورة طفيفة فقط للآخرين ، كما يتميز اضطراب تشوه الجسم بالسلوكيات المتكررة (على سبيل المثال ،

فحص مبالغ فيه أمام المرآة ، الاستمالة المفرطة ، وشكل الجلد ، أو السكينة) أو الأفعال العقلية (على سبيل المثال ، مقارنة المرء بمظهر خاص من الناس الآخرين) .

مخاوف المظهر : إهتمامات المظهر - لم يتم شرحها بشكل أفضل - والتى إقتصرت على مخاوف زيادة الدهون في الجسم أو الوزن الزائد للفرد مع اضطراب الأكل . كما يصنف شكل العضلات كأحد أشكال اضطراب تشوه الجسم الذى يتميز بإعتقاد المرء بأن بناء الجسم لديه صغير جدا أو غير كاف العضلات .

أما اضطراب حب التملك فيتميز بصعوبة استمرار تجاهل أو فراق ممتلكاتهم ، بغض النظرعن قيمتها الفعلية ، نتيجة لحاجة متصورة قوية مرتبطة بالرغبة فى التخلص منها .

ويختلف اضطراب حب التملك عن الرغبة فى التملك العادي . على سبيل المثال ، أعراض اضطراب حب التملك يؤدي إلى تراكم عدد كبير من الممتلكات ، فى إطار من الفوضى النشطة .

أما شكل الاستحواذ المفرط لاضطراب حب التملك ، والذي يميز معظم - وليس كل - الأفراد الذين يعانون من اضطراب حب التملك ، والذى يتميز بالجمع المفرط ، بالشراء ، لأشياء قد لا يكون هناك حاجة إليها أو التي لا توجد مساحة متوفرة لتخزينها .

ويتميز اضطراب نتف الشعر المتكرر بالإنسحاب منه (التعافى منه) ، نتيجة لما يؤديه من تساقط الشعر ، والمحاولات المتكررة لتقليل أو وقف سحب الشعر . ويتميز اضطراب شجب أو سحب (تقطيع الجلد) من قبل القطف المتكرر من الجلد مما قد يؤدى إلى الأمراض الجلدية نتيجة للمحاولات المتكررة لخفض أو وقف قطف الجلد . ولا يتم تشغيل تلك السلوكيات المتكررة التي تميز هذه الاضطرابات ، إلا من قبل اثنين من الهواجس أو الانشغالات ، وهى :

الأولى / إما أنها قد تكون مسبوقة أو مصحوبة بمختلف الحالات العاطفية ، مثل مشاعر القلق أو الضجر ، والثانية / يمكن أن تكون مسبوقة بزيادة الشعور بالتوتر الذى قد يؤدي إلى الإشباع ، واللذة ، أو الشعور بالارتياح ، وذلك عندما يتم سحبها من الشعر أو يتم انتقاؤها من الجلد .

والأفراد مع هذه الاضطرابات قد تكون لديهم درجات متفاوتة من الوعي بهذا السلوك أثناء الانخراط في ذلك ، إلا أن بعض الأفراد قد يظهروا عرض أكثر اهتماما وتركيزا على السلوك (مع التوتر السابق/ واللاحق) وقد يظهر بعض الأفراد المزيد من السلوك التلقائي (مع السلوكيات التي يبدو أنها تحدث دون وعي كامل لديهم) .

ويرتبط التشخيص الطبي للوسواس القهري وذات الصلة بالأعراض الناتجة عن حالة تسمم من مادة أو الإنسحاب من الدواء (وقف إستعمال الدواء) .

وقد يرتبط الوسواس القهرى بسبب حالة طبية مرضية أخرى ، في جسم المريض مباشرة نتيجة لاضطراب طبي أو دوائي معين . وقد لا تستوفي الحالة معايير اضطراب الوسواس القهري والمتعلقة تحديدا بسبب عرض شاذ أو مسببات غير مؤكدة ، وتستخدم أيضاً لهذه الفئات المحددة الأخرى المتلازمات التي لم ترد في القسم الثانى Π من هذا الدليل التشخيصى ، وعندما لا تتوافر معلومات كافية لتشخيص العرض التقديمي تحت 'مسمى اضطراب الوسواس القهري والمتعلق باضطراب آخر . لمتلازمات محددة وغير مدرجة في القسم الثانى Π للدليل . وبالتالي قد يتم تشخيصها على أنها المحددة لاضطراب الوسواس القهرى وما يتصل به أو غير المحددة ، والتى تركز على اضطراب السلوك الجسمى المتكرر والغيرة الوسواسية .

ونرتبط اضطرابات الوسواس القهري بالمكون المعرفي كأساس لمحددات المرض ؛ وفي كل من هذه الاضطرابات ، تتراوح الأعراض من البصيرة "الجيدة أو البصيرة النزيهه " إلى "البصيرة الضعيفة " إلى " البصيرة الغائبة من المعتقدات الوهمية " .

فيما يتعلق بالمعتقدات : بالنسبة للأفراد الذين تبدو لديهم أعراض الوسواس القهري والمتعلقة بتبرير محدد "مع نظرة غائبة حول المعتقدات الوهمية" ، إلا أن هذه الأعراض لا ينبغي تشخيصها على أنها اضطراب ذهاني .

معايير تشخيص اضطراب الوسواس القهري (F42) :

A . وجود الهواجس ، الدوافع ، أو كليهما ، ويتم تعريف الهواجس بواسطة البندين (١) و(٢) كما يلي : -

١. السلوكيات المتكررة والأفكار السلبية المستمرة ، أو التصور التي يتم خلال الاضطرابات ، كنمط تدخل غير مرغوب فيه ، والذى يسبب - لدى معظم الأفراد - القلق أو الضيق الملحوظ .

٢. يحاول الفرد تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار ، أو تحييد التفكير بعض التصورات الأخرى أو العمل (والتى تتم بصورة قسرية من الفرد) .

ويتم تعريف الدوافع كما فى البندين (١) و(٢) : -

١. السلوكيات المتكررة (على سبيل المثال ، غسل اليدين ، والتكرار ، والتحقق) أو أفعال عقلية (على سبيل المثال ، عد المرات ، تكرار الكلمات بصمت) والتى يبدو فيها الفرد مدفوعاً لأداء استجابة لهاجس معين وفقا للقواعد التي يجب أن تطبق بشكل صارم .

٢. تهدف تلك السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو الحد من القلق أو الضيق ، أو منع بعض الأحداث السلبية ، ولكن هذه السلوكيات لا ترتبط بالأفعال العقلية بطريقة واقعية ، مع أنها مصممة لتحييد تلك السلوكيات ، أو منع مبالغ فيه بشكل واضح .

ملاحظة : الأطفال الصغار قد لا يكونوا قادرين على التعبير عن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية .

B . الهواجس أو الدوافع هي مضيعة للوقت (على سبيل المثال ، يستغرق أكثر من ساعة لكل يوم لغسل يده) أو ينجرف فى ضيق إكلينيكي هام ، ما يسفر عن ضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو بعض المجالات الهامة أخرى .

C . أعراض الوسواس القهري لا تعزى إلى تأثيرات مادة فسيولوجية معينة (مثل تناول دواء أو تعاطى مادة أخرى بجرعات معينة) أو قد تعود إلى حالة طبية أخرى .

D . لا يتم تفسير الاضطراب أفضل من تفسير أعراض الاضطرابات العقلية الآخرى (على سبيل المثال ، القلق المفرط ، كما في اضطراب القلق العام؛

- الانشغال بالمظهر كما في اضطراب تشوه الجسم ، وصعوبة التخلص أو فراق ممتلكاتهم - كل ما هو مستحوذ عليه - كما هو الحال في اضطراب حب التملك ؛
- سحب الشعر ، كما في نتف الشعر [إضطراب نتف الشعر] ؛
- قطف الجلد ، كما هو الحال في شجب أو سحب [تقطيع الجلد] إضطراب ؛
- النمطية ، كما هو الحال في النمطية اضطراب نمطية الحركة ؛
- سلوك شكلية الأكل ، كما هو الحال في اضطرابات الأكل ؛
- الإنشغال مع المواد أو المقامرة ، كما هو الحال في الاضطرابات المرتبطة بمادة الادمان ؛
- الإنشغال مع وجود المرض ، كما هو الحال في مرض اضطراب القلق ؛
- حث جنسي أو التخيلات ، كما هو الحال في اضطرابات السيطرة على الانفعالات ، والسلوك الأخرى ؛
- الإستغراق فى تأملات كما هو الحال في اضطراب الاكتئابي ؛

يعتقد إدراج الانشغالات أو الوهمية ، كما في طيف الفصام (أعراض مرض الفصام) والاضطرابات الذهانية الأخرى ، أو الأنماط السلوكية المتكررة ، كما هو الحال في اضطراب طيف التوحد .

تحديد ما إذا كان : -

- رؤية جيدة : حين يدرك الفرد أن معتقدات الوسواس القهري هي بالتأكيد / أو ربما ليست صحيحة أو أنها قد لا تون صحيحة .
- رؤية سيئة : حين يفكر الفرد بأن معتقدات الوسواس القهري ربما تكون صحيحة .
- غياب الرؤية : حين يقتنع الفرد - تماما - بأن معتقدات الوسواس القهري صحيحة .

تحديد ما إذا كانت ذات الصلة : حين يكون لدى الفرد تاريخ حالي أو ماضي من اضطراب التشنج .

المحددات Specifiers :

العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري (OCD) لديهم معتقدات مختلة وظيفيا . ويمكن أن تشمل هذه المعتقدات شعور مبالغ فيه من المسؤولية والميل إلى المبالغة في تقدير التهديد؛ والكمالية والتعصب من عدم اليقين ، والإفراط في أهمية الأفكار (على سبيل المثال ، وجود أفكار سلبية سيئة تؤثر على الفرد) ، والحاجة إلى السيطرة على الأفكار .

يختلف الأفراد مع الوسواس القهري في درجة البصيرة لديهم حول دقة المعتقدات التي تكمن وراء أعراضهم للوسواس القهري . والعديد من الأفراد لديهم نظرة جيدة أو نظرة عادلة (على سبيل المثال ، يعتقد الفرد أن المنزل بالتأكيد لن يستمر قائماً ما لم يتم يتحقق من ذلك ٣٠ مرة) . ومع غياب البصيرة (على سبيل المثال ، قد يعتقد الفرد أن المنزل ربما قد حرق لأنه لم يقم بفحص الموقد ٣٠ مرة) ، وعدد قليل من (٤ ٪ أو أقل) لديهم غياب وعدم دراية بالمعتقدات الوهمية (على سبيل المثال ، الفرد هو مقتنع بأن المنزل سوف يحترق يوماً ما إذا لم يتم التحقق من فحص الموقد ٣٠ مرة) .

البصيرة يمكن أن تختلف داخل الفرد على مسار المرض : وترتبط البصيرة الأكثر فقرا مع نتائج أسوأ على المدى الطويل . ولدى ما يصل الى٣٠ ٪ من الأفراد مع الوسواس القهري طوال حياتهم لمواجهة اضطراب التشنج . وهو الأكثر شيوعاً في الذكور مع بداية الوسواس القهري ، خاصة في مرحلة الطفولة . وليس لدى هؤلاء الأفراد تاريخ من اضطرابات التشنج ، في موضوعات ذات أعراض بالوسواس القهري ، والاعتلال المشترك ، وبطبيعة الحال بما قد يتم إنتقالها عبر التاريخ العائلي الوراثي .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الأعراض المميزة لاضطراب الوسواس القهري هي وجود الهواجس والدوافع كما يلي : -

(A) . الهواجس هي الأفكار المتكررة والمستمرة (على سبيل المثال ، الصور من المشاهد العنيفة أو المرعبة) أو يحث على ذلك (على سبيل المثال ، طعن شخص) .

والأهم من ذلك ، فإن الهواجس ليست ممتعة وغير مرغوب فيها وتسبب الضيق أو القلق الملحوظ لدى معظم الأفراد .

المحاولات الفردية لتجاهل أو قمع هذه الهواجس (على سبيل المثال ، تجنب المثيرات أو باستخدام قمع الفكر) أو تحييد فكر آخر لهم .

الدوافع (أو الطقوس) وهي السلوكيات المتكررة (على سبيل المثال ، الغسيل المتكرر) أو أفعال عقلية (مثل العد ، وتكرار الكلمات بصمت) وفيها يشعر الفرد أنه مدفوعاً لأداء إستجابة لهاجس أو وفقاً للقواعد التي يجب أن تطبق بشكل صارم . ومعظم الأفراد مع الوسواس القهري يكون لديهم كل الهواجس والدوافع .

وعادة ما يتم تنفيذ الدوافع ردا على هاجس (على سبيل المثال ، الأفكار من التلوث مما يؤدي إلى غسل اليدين والجسم ، حتى أنه يشعر أن تكرار تلك الطقوس غير صحيح) والهدف هو الحد من الضائقة الناجمة عن الهواجس أو خشية منع الحدث (على سبيل المثال ، ليصبح أكثر سوءاً) . ومع ذلك ، فإن هذه الدوافع لم تقم بطريقة واقعية لهذا الحدث (وعلى سبيل المثال ، ترتيب البنود بشكل متناظر السعى لمنع الضرر لأحد أفراد أسرته) أو يتم بشكل مبالغ فيه بشكل واضح (على سبيل المثال ، الاستحمام لمدة ساعة كل يوم) .

ويؤكد المعيار B أن الهواجس والدوافع يجب أن تأخذ وقتا طويلا (على سبيل المثال ، أكثر من ساعة واحدة يوميا) أو يسبب ضائقة إكلينيكيا مهمة ، أو ضعف لتبرير تشخيص الوسواس القهري . ويساعد هذا المعيار للتمييز بين اضطراب الأفكار العرضي ، أو السلوكيات المتكررة المشتركة في عموم السكان (على سبيل المثال ، التحقق من أنه قد تم تأمين الباب) .

أما تواتر وشدة الهواجس والدوافع فتختلف باختلاف الأفراد مع الوسواس القهري (على سبيل المثال ، فإن البعض لديهم أعراض خفيفة الى معتدلة ، ينفقون من ١-٣ ساعات يومياً من التوجس أو القيام بالدوافع ، في حين أن البعض الآخر يعانى من الأفكار الثابتة أو الدوافع التي يمكن أن تكون تعجيزية) .

ويتضمن مرض الوسواس القهري عادة وجود وساوس وأفعال قهرية ، وعلى الرغم من أن المصاب بمرض الوسواس القهري قد يعاني في بعض الأحيان من أحد

العرضين دون الآخر . ومن الممكن أن يصيب هذا المرض الأشخاص في جميع الأعمار . ويجب أن نلاحظ أن معظم الوساوس القهرية لا تمثل مرضًا ، فالمخاوف العادية مثل الخوف من العدوى بمرض ما ، والتي قد تزداد في أوقات الضغط العصبي كأن يكون أحد أفراد الأسرة مريضًا أو على وشك الموت فلا تعتبر مثل هذه الأعراض مرضًا ما لم تستمر لفترة طويلة ، وتصبح غير ذات معنى ، وتسبب ضغطًا عصبيًا للمريض أو تحول دون أداء المريض للواجبات المناطة به ، أو التي تتطلب تدخلا طبيا .

ويحاول الأشخاص المصابون بمرض الوسواس القهري في العادة أن يخففوا من الوساوس التي تسبب لهم القلق عن طريق القيام بأعمال قهرية يحسون بأن عليهم القيام بها . وتسبب أعراض الوسواس القهري القلق والتوتر وتستغرق وقتًا طويلاً ، وتحول بشكل كبير بين قيام المرء بعمله وتؤثر في حياته الاجتماعية أو في علاقاته بالآخرين .

يقول المصابون بالوسواس القهري أن وساوسهم تأتي من عقولهم وتتولد من أفكارهم ، وأنها ليست حالة قلق زائد بشأن مشاكل حقيقية في الحياة ، وأن الأعمال القهرية التي يقومون بها هي أعمال زائدة عن الحد وغير معقولة . وعندما لا يدرك الشخص المصاب بالوسواس القهري أن مفاهيمه وأعماله غير عقلانية ويسمى هذا المرض بالوسواس القهري المصحوب بضعف البصيرة . وفيه يخاف المريض دائماً من اشياء ليس لها أي وجود من الصحة ، ولكنه يعتبرها أهم شيء في حياته ، كما لا يستطيع التفاعل مع الحياة العادية ويضع المريض مقايس لهذه الوساوس والاعتبارات الخامدة في عقلة فتزيد مع الوقت .

ولا يوجد سبب واحد محدد لمرض الوسواس القهري ، وتشير الأبحاث إلى أن مرض الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ المسئول عن الإحساس بالخوف والخطر والتركيبات الأكثر عمقًا للدماغ (العقد العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء علي البدء والتوقف عن الأفكار) . وتستخدم هذه التركيبات الدماغية الناقل العصبي الكيميائي "سيروتونين" . ويُعتقد أن مرض الوسواس القهري يرتبط بنقص في مستوي السيروتونين بشكل أساس ، وبالتالى تحسين أعراض الوسواس القهري .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
Associated Features Supporting Diagnosis :

محتوى معين من الهواجس والدوافع تختلف بين الأفراد :

ومع ذلك ، فإن بعض المواضيع المشتركة ، بما في ذلك تنظيف (التلوث من الهواجس والدوافع)؛ التناظر (تماثل الهواجس والتكرار ، والعد) ؛ كما ترتبط أو بالأفكار المحرمة (على سبيل المثال ، العدوانية ، والجنس ، أو الهواجس والدوافع ذات الصلة) ، والضرر (على سبيل المثال ، مخاوف من إلحاق ضرر على النفس أو فحص غيرها من الدوافع) . كما قد يكون لبعض الأفراد أيضاً صعوبات نبذ وتراكم المواجس والدوافع النموذجية ، مثل الخوف من إيذاء الآخرين . وتحدث هذه المواضيع عبر ثقافات مختلفة .

وعلى سبيل المثال ، فإن العديد من الأفراد مع تجربة القلق الواضح ، يمكن أن تشمل نوبات الهلع المتكررة . وتشمل التقارير ظهور مشاعر قوية من الاشمئزاز أثناء أداء الدوافع ، ومن الشائع بالنسبة للأفراد المصابين بهذا الاضطراب يتجنب الناس الأماكن والأشياء التي تحرك الهواجس والدوافع . وعلى سبيل المثال ، الأشخاص الذين يعانون من مخاوف التلوث قد يتجنبون المواقف العامة (على سبيل المثال ، المطاعم ، والحمامات العامة) للحد من التعرض للملوثات التي يخشى على نفسه منها ؛ وقد تسبب الأفكار الدخيلة للأفراد الضرر ، وقد تجنبهم التفاعلات الاجتماعية .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار لمدة ١٢ شهرا من الوسواس القهري في الولايات المتحدة يصل إلى ١,٢ ٪ ، مع معدل الانتشار المماثل دوليا (١,١-١,٨ ٪) وتتأثر الإناث بمعدل أعلى من الذكور في مرحلة البلوغ ، وذلك على الرغم من أنه أكثر شيوعاً لدى الذكور في مرحلة الطفولة .

التنمية والدورة Development and Course :

متوسط العمر في الولايات المتحدة للافراد عند بداية الوسواس القهري هو١٩,٥ عاما ، كما أن ٢٥ ٪ من الحالات تبدأ بعد عمر١٤ عاماً . ويبدأ نسبياً مع الذكور فى سن مبكرة عنها لدى الإناث : وما يقرب من٢٥ ٪ من الذكور يبدأ لديهم قبل سن عشر

سنوات . وعادة تبدأ الأعراض بصورة تدريجية ، ولكن تم الإبلاغ عن ظهور حالات فجائية حادة ، وإذا لم يعالج الوسواس القهري قد يصبح مزمناً .

بعض الأفراد لديهم دورة عرضية ، والأقلية يحدث لديهم تدهور : وذلك إذا ظلوا دون علاج ، كما أن معدلات الشفاء لدى البالغين منخفضة (على سبيل المثال ، فإن ٢٠ ٪ بالنسبة لأولئك يم تقييمهم بعد سن الأربعين) .

أما بداية الوسواس القهري فتكون في مرحلة الطفولة أو المراهقة ، ومع ذلك فإن ٤٠ ٪ من الأفراد مع بداية الوسواس القهري - في مرحلة الطفولة أو المراهقة - قد يواجهوا الوسواس القهرى بلا هوادة قبل سن البلوغ المبكر .

وغالباً ما يشارك مسار الوسواس القهري في حدوث اضطرابات أخرى ، ويتم تشخيص الدوافع بسهولة أكبر لدى الأطفال أكثر من الهواجس والدوافع التي يُمكن ملاحظتها . أما نمط الأعراض لدى البالغين فيمكن أن يكون مستقراً على مر الزمن ، ولكنه كثير التغير في الأطفال . كما تم الإبلاغ عن بعض الاختلافات في محتوى الهواجس والدوافع عند المقارنة بين الأطفال والمراهقين / مع عينات الكبار . ومن المرجح أن تعزى هذه الاختلافات إلى المحتوى التنموية المناسب ، والمختلف عبر المراحل العمرية (على سبيل المثال ، معدلات أعلى من الهواجس الجنسية لدى المراهقين مما كانت عليه في الأطفال ، كما تنسب أعلى معدلات الضرر من الهواجس [مثل المخاوف من الأحداث الكارثية ، مثل الموت ، أو مرض أحبائهم] وتظهر في الأطفال والمراهقين / عنها من البالغين) .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : ومن اهم هذه المخاطر أعراض الانفعالات السلبية العالية ، وتثبيط السلوكية في مرحلة الطفولة بالتوازى مع عوامل الخطر المزاجية الممكنة .

المخاطر البيئية : ترتبط مع الاعتداء الجسدي والجنسي في مرحلة الطفولة وغيرها من العوامل المجهدة أو الصدمة ، وقد ترتبط هذه الأعراض مع زيادة خطر تطوير الوسواس القهري . وقد يطور مع بعض الأطفال ظهور مفاجئ لأعراض الوسواس القهري ، والذى يرتبط مع عوامل المخاطر البيئية المختلفة ، بما في ذلك العوامل المعدية المختلفة ومتلازمة المناعة الذاتية بعد المعدية .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : معدل الوسواس القهري بين الأقارب من الدرجة الأولى البالغين مع الوسواس القهري ، هو تقريباً مرتين من بين الأقارب من الدرجة الأولى ، لكن من دون ظهور تلك الاضطراب ، إلا أن الوسواس القهري يبدأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة بين الأقارب من الدرجة الأولى من الأفراد مع ارتفاع معدله إلى عشرة أضعاف . والذى يعود في جزء منه إلى العوامل الوراثية (وعلى سبيل المثال ، تصل لمعدل ٠,٥٧ من توافق الزيجوت مقابل ٠,٢٢ للتوائم ثنائي الزيجوت) . وقد يلازمه ضعف في القشرة الأمامية المدارية ، للقشرة الحزامية الأمامية ، لمعظم المتورطين بقوة فى هذا الاضطراب .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة Culture-Related Diagnostic issues :

يحدث الوسواس القهري في جميع أنحاء العالم . هناك تشابه كبير بين الثقافات في الجنسين وفى نسب توزيع العمر في بداية الاضطراب ، والاعتلال المشترك من الوسواس القهري . وعلاوة على ذلك ، وفي جميع أنحاء العالم ، هناك هيكل أعراض مماثلة تنطوي على وسواس التنظيف ، وحب التملك ، والأفكار من المحرمات ، أو الخوف من الأذى . ومع ذلك ، فإن التباين الإقليمي في التعبير عن الأعراض موجوداً بقوة ، كما قد تشكل العوامل الثقافية محتوى الهواجس والدوافع .

تشخيص القضايا المتعلقة بنوع الجنس

Gender-Related Diagnostic issues :

يعتبر الذكور فى سن مبكرة من بداية الوسواس القهري أكثر عرضة للإصابة المرضية عن الإناث لاضطرابات التشنج . وكانت الفروق بين الجنسين في الأعراض ونمط الأبعاد قد ذكرت سلفاً ، وعلى سبيل المثال ، فإن الإناث أكثر عرضة لأعراض بُعد وسواس التنظيف ، والذكور أكثر عرضة لاعراض وسواس الأفكار المحرمة ،ظهور أو تفاقم الوسواس القهري ، وكذلك الأعراض التي يمكن أن تتداخل مع العلاقة بين الأم والرضيع (على سبيل المثال ، الهواجس العدوانية مما يؤدي إلى تجنب الرضيع) ، تم الإبلاغ في الفترة المحيطة بالولادة .

مخاطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) **Suicide Risk** :

الأفكار الانتحارية (إزهاق النفس المحرم شرعاً) تحدث في بعض ما يصل إلى ما يقرب من نصف الأفراد مع الوسواس القهري . ويتم الإبلاغ عن محاولات الانتحار

(إزهاق النفس المحرم شرعاً) أيضاً في ما يصل إلى ربع الأفراد المصابون بالوسواس القهري ، وجود من المرضية اضطراب اكتئابي يزيد من المخاطر .

الآثار الوظيفية لاضطراب الوسواس القهري :

يرتبط الوسواس القهري مع انخفاض نوعية الحياة ، فضلاً عن مستويات عالية من المهنية والاجتماعية ، وانخفاض القيمة الذاتية للفرد . ويحدث ضعف في العديد من المجالات المختلفة من الحياة ، ويرتبط ذلك مع شدة الأعراض .

ويمكن أن يكون سبب الضعف ، يعود إلى الوقت الذي يقضيه فى التوجس والأوهام . لذا يجب تجنب المواقف التي يمكن أن تؤدي إلى الهواجس أو الدوافع ، بالإضافة إلى ذلك ، يمكن أن تعود إلى أعراض محددة محددة بما 'يسهم إلى صنع العقبات . وعلى سبيل المثال ، يمكن لتلك الهواجس إلحاق الضرر ، بما قد يؤدى إلى شعور العائلة والأصدقاء بالخطورة ، والنتيجة يمكن أن تؤدى إلى تجنب هذه العلاقات .

ويمكن أيضاً أن تحدث عواقب صحية ، أو إلى الفشل فى المدرسة ، كما يمكن على سبيل المثال ، تجنب الأفراد عيادات الأطباء والمستشفيات نتيجة مخاوف التلوث (على سبيل المثال ، وذلك بسبب المخاوف من التعرض للجراثيم) أو تطوير المشاكل الجلدية (على سبيل المثال ، آفات الجلد بسبب الغسيل المفرط) . وقد يحدث في بعض الأحيان أعراض اضطراب يتداخل مع العلاج الخاص به (على سبيل المثال ، عندما يعتقد أن الأدوية الملوثة) . وقد يواجه الأفراد مع هذا الاضطراب صعوبات في النمو فى مرحلة الطفولة أو المراهقة . وعلى سبيل المثال ، يظهر تجنب المراهقين الاندماج - إجتماعياً - مع الأقران ؛ اوقد يواجه لشباب صعوبات عند مغادرة المنزل للعيش بشكل مستقل .

وقد تكون النتيجة لذلك وجود علاقات كبيرة خارج نطاق الأسرة وعدم وجود الحكم الذاتي والاستقلال المالي عن أسرهم الأصلية . بالإضافة إلى ذلك فإن بعض الأفراد مع الوسواس القهري قد يحاولون فرض القواعد والمحظورات على أفراد الأسرة بسبب هذا الاضطراب (على سبيل المثال ، لا أحد في الأسرة يمكن أن يستقبل زوار فى المنزل خوفا من التلوث) وهذا يمكن أن يؤدي إلى ضعف كيان الأسرة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

إضطرابات القلق للأفكار المتكررة ، والسلوكيات الانطوائية ، والطلبات المتكررة يمكن أن تحدث أيضاً في اضطرابات القلق . ومع ذلك ، فإن الأفكار المتكررة الموجودة في اضطراب القلق العام (أي المخاوف) عادة ما تكون حول المخاوف من واقع الحياة ، في حين أن الهواجس من الوسواس القهري عادة لا تنطوي على مخاوف من واقع الحياة ، ويمكن أن تشمل محتوى غريب وغير عقلاني ، علاوة على ذلك ، فإن الدوافع غالباً ما تكون موجودة ومرتبطة عادة بالهواجس . مثل الأفراد - مع الوسواس القهري - يمكن أن يكون لهم رد فعل للخوف من أشياء أو مواقف معينة ، ولكن ، الرهاب المحدد في الكائن يخشى أن يكون مقيداً أكثر من ذلك بكثير ، والطقوس ليست موجودة . في اضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) أو الكائنات يخشى حالات هي تقتصر على التفاعلات الاجتماعية ، ويتركز تجنب أو الاطمئنان تسعى على الحد هذا الخوف الاجتماعى .

الإضطراب الإكتئابي : يمكن تمييز الوسواس القهري عن اضطرابات الاكتئاب الكبرى ، والتي عادة ما تكون منسجمة مع أفكار المزاج العام ، وليس بالضرورة أن تشهد تدخلا مؤلماً ؛ علاوة على ذلك ، لا ترتبط بتأملات في الدوافع ، كما هي الحال في الوسواس القهري .

إضطرابات الوسواس القهري والأخرى ذات الصلة :

وتتضح في اضطراب تشوه الجسم ، والهواجس والدوافع التى تقتصر على المخاوف بشأن المظهر الجسدي ، وفي نتف الشعر (إضطراب نتف الشعر) ، وفى السلوك القهري المحدود فى سحب الشعر في غياب الهواجس . وتنحصر أعراض الاضطراب حصراً فى التركيز على حب التملك ، وعلى استمرار صعوبة التخلص أو فراق ممتلكاتهم ، أما علامة الشدة المرتبطة بالتخلص من العناصر ، والتراكم المفرط للأشياء - ولو كانت تافهة - ومع ذلك ، إذا كان الفرد لديه هواجس نموذجية من الوسواس القهري (على سبيل المثال ، القلق بشأن الخوف من فقد الأشياء) هذه الهواجس قد تؤدي إلى سلوكيات حب التملك القهري (على سبيل المثال ، الحصول على كافة الأشياء في مجموعة واحدة / ومكان واحد ، لتحقيق الشعور باكتمال أو عدم تجاهل

الصحف القديمة لأنها قد تحتوي المعلومات يمكن أن تمنع الضرر) ، وينبغي هنا إعطاء وصف لتشخيص الوسواس القهري .

إضطرابات الأكل : الوسواس القهري يمكن تمييزه عن فقدان الشهية العصبي في أنه في الوسواس القهري والهواجس والدوافع لا يقتصر على المخاوف بشأن الوزن والغذاء . التشنجات اللاإرادية (في اضطراب التشنج) والحركات النمطية . A ويشير التشنج إلى حركات مفاجئة وسريعة ، ومتكررة ، (على سبيل المثال ، وامض العين ، وتطهير الحلق) .

A. النمطية الحركة هي نمطية متكررة ، مدفوعة على ما يبدو ، بالسلوك الحركي غير الوظيفي (على سبيل المثال ، هزاز الجسم ، والعض على الذات) . والتشنجات اللاإرادية والحركات النمطية وعادة ما تكون أقل تعقيدا من الدوافع ولا تهدف إلى تحييد الهواجس . ومع ذلك ، يمكن التمييز بين العرات (Tics)[1] المعقدة والدوافع .

في حين أن الدوافع عادة ما يسبقها الهواجس ، وغالباً ما تسبق التشنجات اللاإرادية ، كما أن بعض الأفراد لديهم كل من أعراض الوسواس القهري / مع اضطراب التشنج ، وفي هذه الحالة قد يكون مبررات لكل من هذه التشخيصات .

الإضطرابات الذهنية : بعض الأفراد مع الوسواس القهري لديهم سوء البصيرة أو حتى وهمية معتقدات الوسواس القهري . ومع ذلك ليس لديهم ميزات أخرى من الفصام أو الاضطراب الفصامي العاطفي (على سبيل المثال ، والهلوسة أو اضطراب الفكر الرسمي) .

السلوكيات الأخرى مثل القهري : يتم وصف بعض السلوكيات أحيانا باسم القهري بما في ذلك السلوك الجنسي ، والقمار (أي اضطراب المقامرة) ، وتعاطي المخدرات (على سبيل المثال ، اضطراب استخدام الكحول) . ومع ذلك ، تختلف هذه

---

(١) العرات (Tics) هي حركات لا إرادية ولا وظيفية (لا وظيفة لها) تظهر عند الأطفال والمراهقين بنسبة ١ إلى ٢٠ ، وهذه الحركات قصيرة ، سريعة وتظهر دون إنذار مسبق ، وليست لها وظيفة محددة، متكررة وعادة ما تكون نمطية. تشارك في هذه الحركات ، عادة ، مجموعة واحدة فقط من العضلات. يمكن للحركة أن تكون انقباضا في عضلات الجفنين، عضلات زاوية الفم أو عضلات الكتف أو الذراع .

السلوكيات من الدوافع من الوسواس القهري في أن الشخص عادة ما يستمد المتعة من النشاط وقد يرغب في مقاومته فقط بسبب عواقبه الضارة .

إضطراب الوسواس القهري في الشخصية : على الرغم من أن شخصية اضطراب الوسواس القهري لها أسماء مشابهة ، فإن المظاهر السريرية لهذه الاضطرابات مختلفة تماما . ولا يتميز اضطراب شخصية الوسواس القهري من قبل تدخل الأفكار والصور أو الحث على السلوكيات المتكررة التي يتم تنفيذها في استجابة لهذه الاختراقات ، وبدلا من ذلك ، فإنه ينطوي على ديمومة معدل الانتشار .

وإذا كان الفرد يظهر أعراض كل من الوسواس القهري/ والوسواس القهري اضطراب في الشخصية ، بما يمكن أن يعطى تفريق بين كلا التشخيصات .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الأفراد الذين ينتابهم الوسواس القهري ، غالباً ما يكون لديهم اضطرابات نفسية أخرى . ويعانى العديد من البالغين من هذا الاضطراب ، ويرتبط التشخيص بزمن اضطراب القلق (٧٦ ٪ ، على سبيل المثال ، اضطراب الهلع ، واضطراب القلق الاجتماعى ، واضطراب القلق العام ، واضطراب الرهاب المحدد) أو اضطراب الاكتئاب / أو ثنائي القطب (توجد نسبة ٦٣ ٪ لأي اضطراب اكتئاب / أو ثنائي القطب ، أما أكثرها شيوعاً فهو الاضطراب الاكتئابي [٤١ ٪]) .

وعادة ما يبدأ الوسواس القهري في وقت لاحق من اضطرابات القلق الأكثر مرضية (مع استثناء من اضطراب قلق الانفصال واضطراب ما بعد الصدمة) والذى غالباً ما يسبق اضطرابات الاكتئاب .

أما اضطراب الشخصية المرضية " الوسواس القهري " فهو أيضاً أكثر شيوعاً في الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري (على سبيل المثال ، تتراوح النسبة من ٢٣٪ إلى ٣٢ ٪) . أى أنه يعانى إلى ما يصل الى ٣٠ ٪ من الأفراد مع الوسواس القهري ، والمقترن باضطراب التشنج .

إضطراب التشنج المرضي هو الأكثر شيوعاً في الذكور مع بداية الوسواس القهري في مرحلة الطفولة . ويميل هؤلاء الأفراد التى تختلف عن اضطرابات التشنج / دون تاريخ محدد من الوسواس القهري .

أما الاعتلال المشترك ، لهذا الاضطراب فهو الإنتقال العائلي الوراثى من اضطراب الوسواس القهري الثلاثي ، المرتبط بالتشنج والذى يمكن أيضاً أن ينظر من خلاله إلى اضطراب الأطفال .

أما الاضطرابات التي تحدث بشكل متكرر لأكثر الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري في هذا الاضطراب ، فتشمل العديد من اضطرابات الوسواس القهري ، وهو ذات الصلة باضطراب التشوه مثلاً ، ونتف الشعر (إضطراب نتف الشعر) ، واضطراب شجب أو سحب (تقطيع الجلد) . وأخيرا ، وجود علاقة بين الوسواس القهري وبعض الاضطرابات التي تتميز بالاندفاع ، مثل خلل التحدي الاعتراضي ، والتى تم الإبلاغ عنها .

ويعد الوسواس القهري الأكثر شيوعاً في الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات أخرى معينة ، وذلك بناء على معدل الانتشار في عموم السكان .

أما معدل انتشار الوسواس القهري هو حوالي ١٢ ٪ . ورفع معدلاته كذلك في الاضطراب الثنائي القطب ؛ واضطرابات الأكل ، مثل فقدان الشهية العصبي والمرضي العصبي ، واضطراب توريت .

اضطراب تشوه الجسد Body Dysmorphic Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F45.22) :

A . الانشغال بواحد أو أكثر العيوب المتصورة أو عيوب في المظهر الجسدي التي لا يمكن ملاحظتها أو تظهر بصورة طفيفة للآخرين .

B . في مرحلة ما أثناء الاضطراب ، قد ينجز الفرد سلوكيات متكررة (على سبيل المثال ، فحص المرآة ، الاستمالة المفرطة السعى للطمأنينة) والأفعال العقلية (على سبيل المثال ، المقارنة مع الآخرين) والاستجابة لشواغل المظهر .

C . انشغال يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة ، وضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو بعض المجالات الهامة أخرى .

D . لا يفسر انشغال ظهوره بشكل أفضل من خلال المخاوف من الدهون في الجسم أو الوزن في الفرد ، والذي يلبي المعايير التشخيصية لاضطراب الأكل .

تحديد ما إذا : -

مع شذوذ البنية العضلية : انشغال الفرد مع فكرة أن بنائه الجسمى صغير جدا ، أو أن العضلات قليله بشكل ظاهر . ويستخدم هذا المحدد حتى إذا كان الفرد مشغولاً مع مناطق أخرى من الجسم ، كما هو الحال في كثير من الأحيان .

تحديد ما إذا كان : -

تشير درجة من البصيرة بشأن معتقدات اضطراب تشوه الجسم (على سبيل المثال ، أنا أبدو قبيحة) .

ومع رؤية جيدة أو عادلة : يعترف الفرد بأن اضطراب تشوه الجسم هى بالتأكيد معتقدات ليست صحيحة ، أو أنها قد لا تكون صحيحة .

البصيرة الضعيفة : يعتقد الفرد أن معتقدات اضطراب تشوه الجسم ربما كانت صحيحة . ومع غياب معتقدات البصيرة : فإن الفرد مقتنع تماما بأن اضطراب تشوه الجسم هى معتقدات صحيحة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسم (المعروف سابقا باسم رهاب خلل البنية) مشغولون مع واحد أو أكثر من العيوب المتصورة أو عيوب في مظهرها الجسدي ، وهم يعتقدون بأنهم يبدون قبحاء ، غير جذابين ، غير طبيعين ،

أو مشوهين (A) . والعيوب المتصورة لا يمكن ملاحظتها أو تظهر بصورة طفيفة فقط من الأفراد الآخرين . وتتراوح المخاوف من "غير جذاب" أو "ليس صحيحا" " والبشاعة" أو "مثل وحش" . ويمكن التركيز على الانشغالات على واحد أو على العديد من مناطق الجسم ، والأكثر شيوعاً في الجلد (على سبيل المثال ، ينظر هؤلاء الأفراد نحو : حب الشباب والندوب والخطوط والتجاعيد والشحوب) ، والشعر (على سبيل المثال ، "رقيق" الشعر أو الجسم "المفرط / أو شعر الوجه) ، أو شكل الأنف (على سبيل المثال ، الحجم / أو الشكل) . ومع ذلك ، يمكن لأي منطقة الجسم أن تكون محور الاهتمام (على سبيل المثال ، العيون ، الأسنان ، والوزن ، والمعدة والثديين والساقين وحجم الوجه أو الشكل ، والشفتين والذقن والحاجبين ، الأعضاء التناسلية) . ويشعر بعض الأفراد بالقلق من النظر نحو عموم مناطق الجسم .

الانشغالات المتطفلة ، غير المرغوب فيها ، تستغرق وقتا طويلا (والتي تحدث في المتوسط ما بين٣-٨ ساعات في اليوم الواحد) ، وعادة ما يصعب مقاومتها أو السيطرة عليها . ويتم تنفيذ السلوكيات المتكررة المفرطة أو الأفعال العقلية . ويتجه الفرد يشعر مدفوعاً لتنفيذ هذه السلوكيات ، غير الممتعة ، والتى يمكن أن تزيد حالة القلق والانزعاج . وهم عادة ما يستغرقوا وقتا طويلا ، وبصورة يصعب مقاومتها أو السيطرة عليها .

أما السلوكيات المشتركة للذين يعانون من الوسواس القهرى فهى تقارن مظهراً واحداً مع غيرهم من الأفراد ؛ ومرارا فإن التدقيق المتصور لعيوب في المرايا أو السطوح التي تعكس ما يعتقدوه فقط ؛ مثل مفرط الاستمالة (على سبيل المثال ، والتمشيط ، والتصميم ، وحلق ، ونتف ، أو سحب الشعر)؛ التمويه (على سبيل المثال ، تكرار عمل ماكياج أو تغطية مجالات مكروهة مثل القبعة ، والملابس ، والماكياج ، أو الشعر) ؛ وتسعى مستحضرات التجميل لتلبية تلك الإجراءات . بعض الأفراد يلجأ إلى تغيير ملابسهم مرارا وتكرارا (على سبيل المثال ، لتمويه العيوب المتصورة) ، أو تسوق إلزامي (مثل منتجات التجميل) . قطف الجلد القهري ، وتهدف إلى إخفاء عيوب الجلد وتحسينه ، وهو ما يمكن أن يسبب تلف الجلد ، والالتهابات ، أو تمزق الأوعية الدموية .

الانشغال / أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، يجب أن يسبب الضيق الإكلينيكي الهام ، ويجب التفريق بين اضطراب الجسم ، واضطراب الأكل .

شذوذ بنية العضلات : وهي شكل من أشكال اضطراب الجسم الذى يحدث بشكل حصري تقريباً في الذكور ، ويتألف من الانشغال بفكرة أنه يملك جسد صغير جدا أو غير كاف وهزيل أو ضعف من العضلات . ويمكن أيضاً أن تكون منشغلة بمناطق أخرى فى الجسم مثل الجلد أو الشعر . وقد يكون راجعاً لأوزان الجسم لدى الأغلبية (وليس كل) بسبب النظام الغذائي ، أو النحافة بشكل مفرط ، وأحيانا يسبب ضرر جسدي .

وقد يحتمل مع تلك الحالات استخدام المنشطات الخطرة ، وغيرها من المواد الأخرى ، في محاولة منهم لجعل أجسامهم أكبر وعضلات أكثر ضخامة .

اضطراب تشوه الجسم بالوكالة : وهو شكل من أشكال اضطراب تشوه الجسم في الذي ينشغل به الأفراد لإخفاء عيوب الجسم ،والظهور بمظهر آخر . وفيما يتعلق بالمعتقدات حول اضطراب تشوه الجسم فيمكن أن يتراوح من جيدة / إلى غائبة متوهمة (حيث تتكون المعتقدات الوهمية من قناعة كاملة بأن (مظهر الفرد / مظهرها غير دقيق أو مشوه) . في المتوسط ، أما أكثر الأفراد الذين لديهم حالة معتقدات توهم اضطراب تشوه الجسم ، فيرجح إصابتهم بالإضطرابات النفسية التى قد تصل إلى إيذاء الذات ، لدى ذوى أعراض اضطراب تشوه الجسم الأكثر شدة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
Associated Features Supporting Diagnosis :

العديد من الأفراد المصابون باضطراب تشوه الجسم لديهم أفكار أو أوهام مرجعية ، كما قد يعتقدوا – توهماً – بأن الناس الآخرين تنتبه إليهم وتراىهم ، أو أنهم يسخرون منهم بسبب الكيفية المتوهمة التي ينظروا بها .

ويرتبط اضطراب تشوه الجسم مع مستويات عالية من القلق ، والقلق الاجتماعى ، وتجنب الاجتماعية ، والمزاج المكتئب ، العصابية ، والكمالية ، وكذلك انخفاض الانبساط وتدني احترام الذات .

ويخجل العديد من الأفراد من مظهرهم والخاصة بالتركيز المفرط على صورة الجسم ، وهم يترددون في الكشف عن مخاوفهم للآخرين . وغالبية الأفراد تلقوا العلاج بمستحضرات التجميل في محاولة لتحسين العيوب المتصورة الخاصة بهم .

وعلاج الأمراض الجلدية والجراحة هي الأكثر شيوعاً (وعلى سبيل المثال ، طب الأسنان ، التحليل الكهربائي) قد تكون ثبت في بعض الأحيان ، يمكن للأفراد إجراء عمليات تجميل جراحية . ويظهر اضطراب تشوه الجسم على الاستجابة الضعيفة لهذه العلاجات ، وفي بعض الأحيان قد يصبح أسوأ مما سبق .

ويتخذ بعض الأفراد إجراءات قانونية تتسم بالعنف تجاه الطبيب لأنهم غير راضين عن النتائج التجميلية .

ويرتبط اضطراب تشوه الجسم مع اختلال وظيفي تنفيذي، وقصور بصري مدرك ، نحو معالجة التشوهات ، مع وجود تحيز للتحليل ولترميز التفاصيل بدلا من شمولها لجوانب من المحفزات البصرية . ويعانى الأفراد من هذا الاضطراب من التحيز للتفسيرات السلبية والتى تهدد شكل تعابير الوجه (تجعله جامداً)، وأعراض أخرى غامضة .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار بين البالغين في الولايات المتحدة هو ٢,٤ ٪ (٢,٥ ٪ للإناث و٢,٢٪ في الذكور) . أما خارج الولايات المتحدة (أي ألمانيا) ، فإن معدل الانتشار الحالي هو حوالي (١,٧-١ ،٨ ٪) مع توزيع الجنسين بصورة مماثلة لتلك التي في الولايات المتحدة .

أما معدل الانتشار الحالي فهو حوالى ٩-١٥ ٪ بين مرضى الأمراض الجلدية ، ٧-٨ ٪ بين مرضى جراحة التجميل الولايات المتحدة (٣-١٦ ٪) بين مرضى جراحة التجميل الدولية (معظم الدراسات) ، و٨ ٪ بين الكبار فى تقويم الأسنان ، ونسبة ١٠٪ بين المرضى الذين يلتمسون العلاج لجراحة الفم أو الوجه والفكين .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

عمر الأفراد عند بداية الاضطراب هو ١٦-١٧ سنة ، ومتوسط العمر عند البداية هو ١٥ عاما ، والسن الأكثر شيوعاً في الظهور هو ١٢-١٣ سنة . ولدى ثلثي

الأفراد هذا الاضطراب ، والذى يبدأ قبل سن ١٨ عاما . تبدأ أعراض اضطراب تشوه الجسم تحت الإكلينيكي ، في المتوسط في سن ١٢ أو ١٣ عاما . وعادة ما يتطور هذا الاضطراب تحت الإكلينيكي ويتحول تدريجيا إلى مخاوف الاضطراب الكامل ، وعلى الرغم من أن بعض الأفراد يعانون بالظهور بشكل مفاجئ من اضطراب تشوه الجسم . ويبدو أن الفوضى عادة مزمنة ، وعلى الرغم من التحسن المحتمل ، وذلك عندما يستند إلى الأدلة ، عندها يتم تلقي العلاج .

أما المظاهر السريرية للاضطراب فتظهر مشابهة إلى حد كبير في الأطفال المراهقين والبالغين . ويحدث اضطراب تشوه الجسم لدى كبار السن ، ولكن لا يعرف إلا القليل حول الاضطراب في هذه الفئة العمرية . ويبدأ الاضطراب قبل سن ١٨ عاما ، تلك الفئة المعرضة للإيذاء الذاتى ، وهى التى يتوفر لديها أكثر الاعتلال المشترك .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : يرتبط اضطراب تشوه الجسم مع ارتفاع معدلات الإهمال للطفولة وسوء المعاملة .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : وتشير إلى إرتفاع معدل انتشار اضطراب تشوه الجسم في الأقارب من الدرجة الأولى من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري (OCD) .

تشخيص القضايا ذات صلة الثقافية Culture-Reiated Diagnostic issues :

تم الإبلاغ عن اضطراب تشوه الجسم دوليا ، ويبدو أن الخلل قد يتشابه أكثر مع الاختلافات بين الأجناس والأعراق والثقافات ، ولكن هذه القيم والتفضيلات الثقافية ، وقد تؤثر هذه التفضيلات على محتويات الأعراض إلى حد ما المدرجة في نظم التشخيص اليابانية التقليدية مثلاً ، لديهم سلالة مماثلة لتشوه اضطراب الجسم : (رهاب الهيئة المشوهة) .

تشخيص قضايا المرتبطة بين الجنسين
Gender-Reiated Diagnostic issues :

يظهر الذكور والإناث المزيد من أوجه التشابه والاختلاف من حيث المميزات الأكثر سريرية ، وعلى سبيل المثال ، مناطق الجسم المكروهة ، وأنواع من السلوكيات ، أعراض شدة إيذاء الذات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، أما الاعتلال

المشترك ، للمرض ، فيدفع إلى تلقي الإجراءات التجميلية لاضطراب تشوه الجسم . ومع ذلك ، فمن المرجح أن تكون الانشغالات تختص بالأعضاء التناسلية للذكور ، ويرجح أن تتحدد هذه الإنشغالات لدى الإناث فى اضطرابات الأكل المرضية . أما شذوذ بنية العضلات فيحدث بشكل حصري تقريبا في الذكور .

مخاطر الانتحار (ازهاق النفس المحرم شرعاً) Suicide Risic :

معدلات التفكير فى (إزهاق النفس المحرم شرعاً) مرتفعة في كل من البالغين والأطفال المراهقين مع اضطراب تشوه الجسم . علاوة على ذلك ، تبدو هذه الأخطار عالية لدى المراهقين . ولدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسم العديد من أخطار الجنوح في تلك السلوكيات السلبية ، والتى ترتبط بالخصائص الديموجغرافية ، وارتفاع المعدلات المرضية من الاضطراب الاكتئابي .

الآثار الوظيفية لاضطراب تشوه الجسم :

جميع الأفراد - تقريباً - مع اضطراب تشوه الجسم يتميزون بالوهن (الضعف) النفسي ، وذلك بسبب مخاوف المظهر وصورة الجسم . وهذا الضعف يمكن أن يتراوح بين اضطرابات معتدلة (على سبيل المثال ، وتجنب بعض المواقف الاجتماعية) أو اضطرابات تعجيزية ، أو متوسطة .

وترتبط أعراض اضطراب تشوه الجسم الأكثر شدة مع / الأكثر فقرا فى نوعية الحياة ، ولدى معظم الأفراد تجربة مهددة في وظائفهم الأكاديمية ، أو دور فعال (على سبيل المثال ، وفاة أحد الوالدين) ، والتي غالباً ما تكون قاسية (وعلى سبيل المثال ، الأداء سيئة ، فى المدرسة ، أو البقاء دون عمل) . ويقرر حوالي ٢٠ ٪ من الشباب مع تقارير اضطراب تشوه الجسم ، والتسرب من المدرسة في المقام الأول بسبب أعراض اضطراب تشوه أجسامهم .وانخفاض في الأداء الاجتماعى (وعلى سبيل المثال ،الأنشطة الاجتماعية ، والتفاعل الاجتماعى) .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاهتمامات بالمظهر الطبيعي والعيوب الجسدية ملحوظة بشكل واضح . حيث يؤدى تشوه الجسم إلى اضطراب القلق ، والذى يختلف عن المظهر الطبيعي في التميز المفرط بالانشغالات المتعلقة بالمظهر والسلوكيات المتكررة التي تستغرق وقتا طويلا ،

وعادة ما يكون من الصعب مقاومتها أو السيطرة عليها ، ويمكن أن تتسبب فى الضيق الإكلينيكي الهام . والذى يرتبط بالعيوب الجسدية الملحوظة بشكل واضح ، والتى لا تشمل تشخيص اضطراب تشوه الجسم ، ومع ذلك ، فإن تقطيع الجلد كعرض من اضطراب الجسم ، يمكن أن يسبب ضرر ملحوظ بالجلد ، وهو ما يوجب تشخيص الاضطراب .

إضطرابات الأكل : يُظهر الفرد مع اضطراب الأكل ، مخاوف بشأن تبعات الدهون (السمنة) وهي تعتبر عرضا من أعراض اضطراب الأكل بدلاً من اضطراب تشوه الجسم . ومع ذلك ، قد تحدث مخاوف من فقد وزن الجسم ، واضطراب تشوه الجسم ، وفي هذه الحالة وعلى حد سواء يجب تشخيص اضطرابات الأكل المرضية ، واضطراب تشوه الجسم .

إضطرابات الوسواس القهري والأخرى ذات الصلة : تختلف الشواغل المتكررة لسلوكيات اضطراب تشوه الجسم من الهواجس والدوافع عن الوسواس القهري ، لكنها قد تتفق فى التركيز فقط على المظهر ، كما توجد إختلافات فى هذه الاضطرابات ، مثل اضطراب البصيرة ، وقطف الجلد لتحسين ظهور عيوب الجلد المتصورة ، واضطراب تشوه الجسم ، بدلا من شجب أو سحب (تقطيع الجلد) .

ويتم تشخيص (نتف ، وسحب ، أو غيرها) لتحسين العيوب الملحوظة في مظهر الوجه أو شعر الجسم ، ويتم تشخيص اضطراب الجسم بدلا من نتف الشعر .

اضطراب القلق المرضى : لا ينشغل الأفراد مع اضطراب تشوه الجسم مع وجود مرض خطير ، دون أن لديهم مستويات مرتفعة بشكل خاص من الجسدنة .

الاضطراب الاكتئابي : ويتصف بالانشغال البارز مع الظهور المفرط للسلوكيات المتكررة في اضطراب تشوه الجسم ، والتى تميزه عن الاضطراب الإكتئابي . ومع ذلك ، فإن الاضطراب الإكتئابي وأعراض الاكتئاب هي أكثر شيوعاً في الأفراد الذين يعانون من اضطراب الجسم ، وغالباً ما تظهر أعراض ثانوية تشير إلى محنة وضعف اضطراب تشوه الجسم .

اضطرابات القلق : وخاصة القلق الاجتماعى ، وتجنب اضطراب تشوه الجسم الشائع . وبخلاف اضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) ، والخوف من

الأماكن المكشوفة ، واضطراب الانطوائية في الشخصية ، واضطراب تشوه الجسم ويشمل السمات البارزة ذات الصلة بالمظهر ، والتي قد تشير إلى السلوكيات الوهمية ، والمتكررة ، والقلق الاجتماعى ، وبسبب المخاوف من ظهور العيوب المتصورة ، حيث يعتقد أويخشى أن ينظر الآخرين إلى مواطن قبحه - فى اعتقاده - والسخرية منه ، وخلافا لاضطراب القلق العام ، فإن اضطراب الجسم يركز على العيوب الظاهرة المتصورة .

الإضطرابات الذهانية : وتحدث للعديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب تشوه الجسم ، كما يعانوا من وهمية المعتقدات الظاهرة (أي القناعة التامة بأن وجهة نظرهم من العيوب ما يعتبرونه دقيقاً) ، والتي يتم تشخيصها على أنها اضطراب فى الجسم ، مع البصيرة الغائبة للمعتقدات الوهمية ، أما الأفكار المتعلقة باضطراب الوهمية فتتضح فى الأوهام الشائعة في اضطراب تشوه الجسم ، إلا أنه على عكس الفصام أو اضطراب الفصام العاطفي ، فإن اضطراب الجسم - مع التوهمية - ينطوي على انشغالات المظهر البارزة والتى تتعلق بالسلوكيات المتكررة ، والسلوكيات الذهانية ، والأعراض الأخرى الغائبة وغير المنظمة (باستثناء معتقدات المظهر ، والتي قد تكون وهمية) .

إضطرابات وأعراض أخرى : يجب أن لا يتم تشخيص اضطراب تشوه الجسم ، بالإقتصار على الرغبة في التخلص من احد الخصائص الجنسية الثانوية في الفرد مع اضطراب الهوية الجنسية ، أو إذا كان يتم التركيز على الاعتقاد بأنه وحده تنبعث منه رائحة الجسم الكريهة أو قصور في حاسة الشم كمتلازمة مرجعية (ولا 'تشخص كإضطراب DSM-5) . أما اضطراب هوية الجسم (كذلك لا 'يشخص كإضطراب DSM-5) فهو ينطوي على رغبة الأفراد في إدراك أطرافهم مبتورة لتصحيح تجربة عدم التطابق بين إحساس الشخص نحو هوية الجسم و(له / أو لها) رغم وضع التشريح الفعلي . ومع ذلك ، فإن القلق لا يركز فقط على مظهر أطرافهم ، حيث يشير اضطراب تشوه الجسم، إلى اضطراب يتصل به من الناحية الثقافية ، والتي عادة ما تحدث بشكل أوبئة في جنوب شرق آسيا مثلاً ، ويتكون من الخوف من أن القضيب (الصغير ، أو الحلمات ، أو الثديين في الإناث) آخذة في التقلص أو التراجع ، وسوف تختفي في البطن ، وغالباً ما يرافقه الاعتقاد بأن الموت سوف ينتج عن ذلك .

ويختلف اضطراب تشوه الجسم في العديد من الطرق ، بما في ذلك التركيز على الموت بدلا من الانشغال المتصور للقبح ، وقلق التشوه (والذى لا 'يشخص كإضطراب DSM-5) وهو بناء أوسع بكثير من أن يعادل ، اضطراب تشوه الجسم ، والذى ينطوي على أعراض تعكس العيوب الطفيفة أو المتصوره في المظهر .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

إضطراب الاكتئاب الرئيس هو اضطراب مرضي ، وهو الأكثر شيوعاً ، وعادة ما يبدأ مع اضطراب تشوه الجسم المرضي ، واضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) .

الاضطرابات حب الامتلاك .Hoarding Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F42) :

A . صعوبة التخلص أو فراق ممتلكاتهم ، بغض النظر عن قيمتها الفعلية .

B . وهذا بسبب عدم الحاجة المتصورة للخروج من الضائقة المرتبطة بها ، أو التخلص منها .

C . صعوبة التخلص من نتائج ممتلكاتهم المتراكمة التي تزاحم الأماكن ، وتشيع فوضى بالمناطق النشطة (من المنزل مثلاً) والذى يقوض إلى حد كبير المقصود من استخدامها .

D . حب التملك يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة أو ضعف في العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو فى المجالات الهامة الأخرى التي تضطلع بها (بما في ذلك الحفاظ على بيئة آمنة للدفاع عن النفس وغيرها) .

E . حب التملك لا ينسب إلى شرط طبي آخر (مثل إصابات الدماغ ، أمراض الدماغ ، ومتلازمة برادر ويلي) .

F . لم يتم توضيح حب التملك أفضل من أعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال ، هواجس في اضطراب الوسواس القهري ، وانخفاض الطاقة الإكتئابي ، واضطراب الأوهام الفصامى ، أو اضطراب ذهاني آخر ، والذى يرتبط بالعجز المعرفي للاضطرابات العصبية الكبرى ، ومع اضطراب طيف التوحد) .

تحديد ما إذا كان : مع الاستحواذ المفرط : والذى يرافق صعوبة التخلص من الممتلكات / بالتوازى مع الشراء المفرط لسلع غير ضرورية ، أو التي لا توجد مساحة كافية لتخزينها .

تحديد ما إذا كان :

رؤية جيدة : يدرك الفرد أن المعتقدات المتصلة بحب التملك والسلوكيات (المتعلقة بصعوبة التخلص من العناصر أو الاستحواذ المفرط) هي إشكالية / أى تشير إلى مشكلة يعانيها .

سوء رؤية : تظل قناعة الفرد الغالبة بأن المعتقدات المتعلقة بحب التملك والسلوكيات المتعلقة به من (صعوبة التخلص من الأشياء المتراكمة ، والفوضى ، أو الاستحواذ المفرط) ليست مشكلة رغم وجود أدلة على عكس ذلك .

غياب الرؤية : الفرد هنا مقتنع - تماما - بأن المعتقدات المتصلة بحب التملك والسلوكيات (المتعلقة بصعوبة التخلص من الأشياء ، والفوضى ، أو الاستحواذ المفرط) ليست إشكالية رغم وجود أدلة على عكس ذلك .

المحددات Specifiers :

تصل النسبة المفرطة من اضطراب حب الامتلاك (الاستحواذ) . Hoarding Disorder حوالي٨٠ -٩٠ ٪ من الأفراد مع حب التملك ، واضطراب الاستحواذ المفرط . أما الشكل الأكثر شيوعاً للحيازة غير المفرطة ، والتي تليها فهى اقتناء المواد الحرة (على سبيل المثال ، الأوراق ، النشرات ، والبنود التي يتجاهلها الآخرين) . أما السرقة فهى أقل شيوعاً . وبعض الأفراد قد يحرم الاقتناء المفرط عند التقييم الأولى ، ومع ذلك فقد تظهر لاحقا أثناء العلاج . كما أن الأفراد مع حب التملك ، واضطراب المحن (الكرب) قد يكونوا غير قادرين على منع الحصول على المعايير السابقة المميزة لتشخيص هذا الاضطراب .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة الأساس من سمات اضطراب الحب التملك هو الصعوبات المستمرة ، أو فراق ممتلكاتهم ، بغض النظر عن القيمة الفعلية لها (A) . ويشير المصطلح إلى صعوبة طويلة الأمد من ظروف الحياة العابرة ، قد تؤدي إلى تلك الفوضى المفرطة ، مثل وراثة الممتلكات . أو صعوبة في التخلص من الممتلكات .

المعيار A يشير إلى أي شكل من أشكال التخلص من تلك الممتلكات ، بما في ذلك بيعها ، أو التخلي عنها ، أو إعادة التدوير . أما الأسباب الرئيسة لهذه الصعوبات المتصورة ، فهو الاعتقاد - المتصور - بأنه ذو فائدة أو قيمة جمالية من العناصر أو التعلق العاطفي القوي لتلك الممتلكات .

ويشعر بعض الأفراد بالمسؤولية عن مصير ممتلكاتهم ، والتي غالباً ما تذهب ، وبدرجة كبيرة إلى تجنب الإسراف ، ومخاوف من فقدان معلومات هامة شائعة ، مثل العناصر المحفوظة الأكثر شيوعاً في الصحف والمجلات والملابس القديمة والحقائب والكتب ، والبريد الإلكتروني ، والأوراق ، ولكن في الواقع أي ما يمكن انقاذه . حيث أن معظم الناس الآخرين يمكنهم أن يحددوا أياً من ممتلكاتهم عديمة الفائدة ، وما هي ذات القيمة المحدودة ، أو عديمة القيمة للتخلص منها .

ويجمع العديد من الأفراد ويحفظ أعداداً كبيرة من أشياء ثمينة أيضاً ، والتي غالباً ما تكون متواجدة في أكوام مختلطة مع غيرها من المواد الأقل قيمة . ويعانى الأفراد من اضطراب حب التملك ، والحفظ الهادف لممتلكاتهم ويعانون من الضيق عندما يواجهوا احتمال التخلص منها .

المعيار B : ويؤكد هذا المعيار أن إنقاذ الممتلكات غير مقصود ، والذي يميز اضطراب حب التملك من الأشكال الأخرى فى علم النفس المرضي ، والذى يتميز بالتراكم السلبي للعناصر ، مع عدم وجود ضائقة عندما يتم إزالة ممتلكاتهم .

كما قد تتراكم لدى الأفراد أعداد كبيرة من العناصر ، والتي تملأ المكان ، وتشيع فوضى مجالات الحياة النشيطة ، وقد تصل إلى حد أن استخدامها المقصود لم يعد ممكنا ، وعلى سبيل المثال ، الفرد قد لا يكون قادراً على طهي الطعام في المطبخ ، والنوم في سرير(له / أو لها) ، أو الجلوس في كرسي .

كما يتم تعريف الفوضى الكبيرة بتراكم مجموعة من الكائنات عادة ، والتى لا علاقة لها أو لا ترتبط بشكل هامشي معاً ، ويتم ذلك بصورة غير منظمة ، في المساحات المصممة لأغراض أخرى (على سبيل المثال ، الطاولات ، المدخل ، الحجرات) .

المعيار C : ويؤكد على المناطق النشطة في المنزل ، بدلا من أكثر المناطق الطرفية فيه ، مثل الأماكن المرتفعة ، أو الأقبية ، التي تشوش أحيانا على منازل الآخرين

(الجيران) . ومع ذلك ، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب حب التملك غالباً ما تتسرب ممتلكاتهم إلى خارج المناطق النشطة التي يعيشون فيها ، والتى يمكن أن تشغل ، أو تنال من استخدام غيرها من المسافات ، مثل السيارات ، والساحات ، وأماكن العمل ، والأصدقاء ، ومنازل الجيران . وفي بعض الحالات ، قد يكون مرتباً فى المناطق التي يعيشون فيها بسبب تدخل أطراف ثالثة (على سبيل المثال ، أفراد الأسرة ، والكناسين (جامعى القمامة) ، والبلدية) .

وقد يضطر الأفراد للانتقال ، أو بيع منازلهم ، لوجود أعراض لا تلبي معايير اضطراب حب التملك لديهم ، ويرجع ذلك إلى تدخل طرف ثالث ، ولعدم تلبية متطلبات الفوضى لديهم .

ويتناقض اضطراب حب التملك مع السلوك البشرى الجمعى المعياري ، حتى لو كان في بعض الحالات ، قد يكون مشابهاً مع كمية متراكمة من قبل فرد مع اضطراب حب التملك . أما الأعراض فتشمل (أي صعوبات زمنية أو فوضى) ويجب أولاً أن تتطلب المساعدة لهذا الاضطراب ، وجود استغاثة إكلينيكية هامة ، أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية الهامة ، أو غيرها من الأداءات ، بما في ذلك الحفاظ على بيئة آمنة للدفاع عن النفس ضد الآخرين .

المعيار (**D**) : في بعض الحالات وخاصة عندما يكون هناك ضعف البصيرة ، فإن الفرد قد لا يقدم تقريرا عن حالة الشدة ، أو عن ضعف ظاهر لمن هم حول هذا الفرد ، كما أن أي محاولات لتجاهل أو مسح الممتلكات من قبل أطراف ثالثة قد تؤدي إلى مستويات عالية من الشدة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
Associated Features Supporting Diagnosis :

السمات المشتركة الأخرى من اضطراب حب التملك تشمل التردد ، نزعة إلى الكمالية ، تجنب ، التسويف ، والتخطيط وصعوبة فى المهام التنظيمية . بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب حب التملك يعيشون في ظروف غير صحية والتي قد تكون منطقية وترتبط بنتيجة عدم وجود مساحات كافية ، أو مواجهة صعوبات في التخطيط والتنظيم .

ويمكن تعريف حب التملك للفرد ، بأنه تراكم عدد كبير من الحاجيات وعدم توفير الحد الأدنى من معايير التغذية والصرف الصحي ، والرعاية البيطرية (بما في ذلك المرض ، والجوع ، أو الموت) والبيئة (على سبيل المثال ، الاكتظاظ الشديد وغير الملائمة للشروط الصحية) . وقد يكون حب التملك مظهراً خاصاً من اضطراب حب التملك . معظم الأفراد الذين يعانون من حب التملك ،قد يمتد لاقتناء الحيوانات ، وأيضاً الجماد . كما أن الاختلافات الأبرزبين الحيوان وحب التملك ،هو مدى ظروف غير الصحية والبصيرة الأكثر فقرا في حب التملك .

معدل الانتشار Prevalence :

أكدت دراسات معدل الانتشار تمثل على الصعيد الوطني - الأمريكى - من اضطراب حب التملك غير متوفرة . وتشير تقدير مجتمع العينات ، بأن معدل الانتشار معيار حب التملك الإكلينيكي الهامة في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا إلى أن ما يقرب من (٢-٦٪) من اضطراب حب التملك ، والذى يؤثر على كل الذكور والإناث ، ولكن بعض الدراسات الوبائية تشير إلى أن المعدل أكبر بكثير فى الانتشار بين الذكور . وهذا يتناقض مع العينات السريرية ، والتي هي في الغالب لصالح الإناث . وتظهر أعراض حب التملك تقريباً ثلاث مرات أكثر فى معدل الانتشار لدى كبار السن البالغين فى الفئة العمرية (٥٥-٩٤ عاما) مقارنة مع البالغين الأصغر سنا (٣٤-٤٤ عاما).

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

ويبدو أن حب التملك يبدأ في وقت مبكر من الحياة ، ويمتد بشكل جيد في المراحل المتأخرة ، أما أعراض حب التملك فقد تظهر أولا في جميع الفئات العمرية (١١-١٥) سنة ، ويبدأ التدخل في الأعمال اليومية للفرد من قبل منتصف سن العشرين ، ويسبب ضعف هامة إكلينيكي من قبل منتصف عمر الثلاثين . وعادة ما يكون المشاركين في البحوث والدراسات السريرية في ٥٠ سن الخمسين . وبالتالي ، فإن شدة زيادات حب التملك مع كل عقد من الحياة . لمرة واحدة تبدأ بأعراض من حب التملك ، والتى غالباً ما تكون مزمنة ، مع عدد قليل من الأفراد .

ومن السهل تمييز حب التملك المرضي لدى الأطفال ، لأن الأطفال والمراهقين عادة لا يتحكموا فى بيئتهم المعيشية أو فى نبذ السلوكيات ، ومن الممكن تدخل أطراف

ثالثة (على سبيل المثال ، الآباء والحفاظ على المساحات القابلة للاستخدام المنزلى وبالتالي تقليل التدخل) والتي يجب أخذها في الاعتبار عند اتخاذ التشخيص .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : التردد هو سمة بارزة من الأفراد الذين يعانون من اضطراب حب التملك وأقارب من الدرجة الأولى بهم .

المخاطر البيئية : الأفراد الذين يعانون من اضطراب حب التملك - فى كثير من الأحيان - ما يكون لديهم تقرير بأثر رجعي للحياة المجهدة ، أو أحداث الحياة المؤلمة التي تسبق ظهور هذا الاضطراب أو التسبب في تفاقمه .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : ينتشر حب التملك كسلوك عائلي ، مع حوالي ٥٠ ٪ من الأفراد الذين يحجمون عن الإبلاغ عنه . وتشير الدراسات إلى أن حوالي ٥٠٪ التوائم يتباينوا في هذا السلوك الذى يعزى إلى حب التملك ، نتيجة للعوامل الوراثية / والبيئية المضافة .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة Culture-Related Diagnostic issues :

تشير نتائج معظم البحوث التى تم القيام بها في البلدان الصناعية الغربية والمجتمعات الحضرية ، وحتى النامية ، إلى أن حب التملك هو ظاهرة عالمية مع المظاهر السريرية المتسقة معه .

قضايا التشخيص المتعلقة بنوع الجنس
Gender-Related Diagnostic issues

الملامح الرئيسة لاضطراب حب التملك (أي الصعوبات التنظيمية ، وكمية زائدة من الفوضى) قابلة للمقارنة بشكل عام لدى كل من الذكور / والإناث ، ولكن الإناث يملن إلى عرض اقتناء أكثر إفراطاً ، مثل الشراء المفرط بشكل خاص ، أكثر مما يفعل الذكور .

العواقب الوظيفية من اضطراب حب التملك :

تتصف الأنشطة الأساس بالفوضى ، مثل الانتقال من خلال المنزل ، والطبخ ، والتنظيف ، والنظافة الشخصية ، وحتى النوم . ويمكن أن تشمل العوامل العامة مثل المياه والكهرباء وإذا ما تم قطعها فقد يكون قرار الوصول لأعمال الترميم صعباً . ومع تلك الحالات قد تكون جودة الحياة - في كثير من الأحيان - تمثل ضعفاً كبير .

وفي الحالات الشديدة ، يمكن لحب التملك ووضع الأفراد أن يتعرضوا للخطر ، وسوء الصرف الصحي ، وغيرها من المخاطر الصحية . وقد يرتبط هذا الاضطراب لديهم بالضعف المهني ، وضعف الصحة الجسدية ، أما العلاقات الأسرية فهي تتسم في كثير من الأحيان ، وتحت ضغط كبير ، في صراع مع الجيران والسلطات المحلية وهو الأمر الشائع ، ونسبة كبيرة من الأفراد مع اضطراب شديد حب التملك تورطوا في إجراءات الإخلاء القانونية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الحالات الطبية الأخرى . لا يتم تشخيص اضطراب حب التملك إلا أن تكون نتيجة مباشرة لحالة طبية أخرى (E) ، مثل صدمة إصابات الدماغ والاستئصال الجراحي لعلاج ورم ، أو المرض الدماغي ، أو التهابات الجهاز العصبي المركزي (مثل الهربس البسيط ، والتهاب الدماغ) ، أو الظروف العصبية الوراثية مثل متلازمة (برادر ويلي) . مثل الأضرار التي قد تلحق بالفص الجبهي ، وفي هؤلاء الأفراد ، فإن سلوك حب التملك غير موجود قبل بداية تلف الدماغ ، والذى يظهر بعد فترة وجيزة من حدوث تلف في الدماغ .

ويبدو أن بعض من هؤلاء الأفراد قد يبدون القليل من الاهتمام في البنود (المهام) المتراكمة وغير القادرين على التخلص منها بسهولة ، ولا يعنيه إذا كان الآخرون يريدون التخلص منها .

الاضطرابات العصبية النمائية :

لا يتم تشخيص اضطراب حب التملك إلا إذا تراكمت عوامل يتم بمقتضاها الحكم على مدى وجود اضطراب النمو العصبي ، وذلك مثل شيوع اضطراب طيف التوحد أو الإعاقة الذهنية (إضطراب النمو الفكري) . طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى . ولا يتم تشخيص اضطراب حب التملك إذا تم الحكم على تراكم الأشياء ، والتي تكون نتيجة مباشرة للأوهام أو الأعراض السلبية في طيف الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى .

أما نوبة الاكتئاب الكبرى : حب التملك اضطراب لا يشخص إذن إلا إذا تراكمت الأشياء ، حتى يتم الحكم عليها ، وقد تكون نتيجة مباشرة للتخلف النفسي ، والتعب ، أو فقدان الطاقة خلال نوبة اكتئاب كبرى .

إضطراب الوسواس القهري : لا يتم تشخيص اضطراب حب التملك إذا كانت الأعراض يتم الحكم عليها بأن تكون نتيجة مباشرة لهواجس أو لدوافع نموذجية ، مثل المخاوف من التلوث ، والأذى ، أو مشاعر النقص الناتجة عن الوسواس القهري (OCD) .

وتشمل مشاعر النقص (على سبيل المثال ، فقدان الهوية ، أو الحاجة إلى وثيقة) والتي تشير إلى أعراض الوسواس القهري الأكثر شيوعاً المرتبط بحب التملك . ويمكن أيضاً أن يكون تراكم الأشياء نتيجة لتجنب / الإصرار على الطقوس الشاقة (على سبيل المثال ، تجنب الغسيل الذى لا نهاية له) .

يتم الحصول على التعرف على الوسواس القهري ، والسلوك غير المرغوب فيه - عموما - والمؤلم للغاية ، والمرتبط بالإضطراب بسبب هاجس محدد (على سبيل المثال ، الحاجة إلى شراء الأدوات الجديدة ، وذلك من أجل تجنب تلويث أشخاص آخرين لها) وليس بسبب رغبة حقيقية لامتلاكها . الأفراد الذين يعزفون عن شراء تلك الأدوات - في سياق الوسواس القهري - فهم أيضاً أكثر عرضة لتراكم تلك المواد الغريبة والغير ضرورية ، مثل القمامة ، البراز ، البول ، الأظافر ، الشعر ، الحفاضات المستخدمة ، أو الطعام الفاسد .

ويعد تراكم هذه المواد - عادي جدا - في اضطراب حب التملك . وعند ظهور حب التملك الشديد بالتزامن مع الأعراض النموذجية الأخرى من الوسواس القهري ، ويجب أن تكون هذه الأعراض مستقلة ، سواء اضطراب الوسواس القهري ، أو حب التملك والذي يجوز تشخيصه .

الإضطرابات العصبية : لا يشخص اضطراب حب التملك ، إلا إذا تراكم الحكم على الأشياء والتى تكون نتيجة مباشرة لاضطراب التنكسية ، مثل الاضطراب العصبي المرتبط بالفص الصدغى الجبهى ، أو ما يعرف بمرض الزهايمر . والذى عادة ، ما يرتبط بظهور السلوك التراكمى التدريجي ، والذى يلي بداية الاضطراب العصبي . وقد تكون مصحوبة بسلوك تراكمى بسبب الإهمال الذاتي ومشاعر البؤس الشديد ، إلى جانب الأعراض العصبية والنفسية الأخرى ، مثل السلوك الفاضح ، القمار ، والطقوس النمطية ، التشنجات اللاإرادية ، والسلوكيات الضارة للذات .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يعانى حوالي ٧٥ ٪ من الأفراد الذين يعانون من اضطراب المزاج المرضي أو اضطراب القلق ، أما الظروف المرضية الأكثر شيوعاً هي اضطراب اكتئابي (حتى إلى ٥٠٪ من الحالات) ، واضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) ، واضطراب القلق العام .

كما يعانى حوالي ٢٠٪ من الأفراد من اضطراب حب التملك والذى يلبى أعراض المعايير التشخيصية لاضطراب الوسواس القهري . وقد تكون هذه الأمراض المصاحبة – غالباً ما تكون – السبب الرئيس للتشاور ، لأن الأفراد من غير المرجح أن يقدم بشكل عفوي أعراض حب التملك ، وغالباً ما تتضح هذه الأعراض في المقابلات السريرية الروتينية .

اضطراب نتف الشعر TrichotillomaniaDisorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F63.2) :

A . الإنسحاب المتكرر للشعر ، مما يؤدى إلى فقدان الشعر .

B . تكرار المحاولات أو لتقليل أو وقف سحب الشعر .

C. 'تشير أسباب نتف الشعر عن ضائقة إكلينيكية مهمة ، وعن ضعف الأداء في العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو فى بعض المجالات الهامة أخرى .

D . سحب الشعر أو فقدان الشعر لا ينسب إلى حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، الأمراض الجلدية) .

E . نتف الشعر لا 'يفسر بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال ، محاولات تحسين العيب المتصور ، أو عيب في المظهر ، أو تشوه في الجسم) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب نتف الشعر هو الإنسحاب المتكرر من شعر الفرد (A) . ويحدث نتف الشعر من أي منطقة من الجسم التى ينمو فيها الشعر ، والمواقع الأكثر شيوعاً هي فروة الرأس والحاجبين ، والجفون ، في حين أن الأقل مواقع شيوعاً هي الإبط ، الوجه ، العانة .

ويجوز أن تختلف مواقع سحب الشعر مع مرور الوقت ، وقد يحدث نتف الشعر في شكل حلقات قصيرة متناثرة طوال اليوم ، أو من خلال الفترات الأقل تواترا ولكنها أكثر استدامة ، والتي يمكن أن يستمر لساعات ، وقد يدوم لشهور أو سنوات .

المعيار (A) . يتطلب أن نتف الشعر يؤدي إلى خسارة الشعر ، وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب نتف الشعر ، أو في نمط توزيعه على نطاق واسع ، بحيث يحدث تساقط الشعر ، والذى قد لا يكون واضحاً للعيان .

المعيار (B) . يمكن للأفراد بدلا من ذلك محاولة إخفاء أو تمويه فقدان الشعر (على سبيل المثال ، باستخدام الماكياج ، أو الأوشحة ، أو الشعر المستعار) . ويحاول الأفراد - بصورة متكررة - مع اضطراب نتف الشعر خفض أو وقف نتف الشعر .

المعيار (C) . يشير إلى أن نتف الشعر قد يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة ، أو ضعف في المهام الاجتماعية ، والمهنية ، أو غيرها من مجالات العمل ، ويشمل مصطلح الكرب الذى يؤثر بصورة سلبية على الأفراد الذين يعانون من سحب الشعر ، ومشاعر مثل الشعور بفقدان السيطرة ، الخجل ، والعار .

وقد يحدث انخفاض كبير في عدة مجالات مختلفة من الأعمال (على سبيل المثال المجالات الاجتماعية والمهنية والأكاديمية والترفيهية) وذلك جزئيا بسبب التهرب من العمل ، المدرسة ، أو الحالات العامة الأخرى .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

نتف الشعرقد تصاحبه مجموعة من السلوكيات التي تنطوي على الشعر أو الطقوس الروتينية المتبعة فى ذلك . وبالتالي ، فإن الأفراد قد يحدثوا نوع معين من سحب الشعر (على سبيل المثال ، الشعر مع نسيج محدد أو اللون) ، وقد يحاولوا نتف الشعر بطريقة معينة (على سبيل المثال ، بحيث يأتي اجتثاثه سليماً) ، أو قد يتم فحصه بصرياً ، أو باللمس ، أو بالتلاعب في الشعر بعد أن تم سحبه (على سبيل المثال ، المتداول وضع الشعر بين الأصابع ، أو سحبه - حبلاً - بين الأسنان ، وعض الشعر إلى أجزاء ، أو بلع الشعر) .

ويمكن أن يسبق نتف الشعر أيضاً ، أو يرافق الحالات العاطفية المختلفة ، بل قد يكون سببها مشاعر القلق أو الضجر ، وقد يسبقه شعور متزايد من التوتر أو قد يؤدي

إلى الإشباع ، واللذة ، أو شعورا بالارتياح عندما يحدث سحب للشعر . وقد ينطوي سلوك سحب الشعر على درجة من الوعي المتفاوت ، ويمكن أن يبدى بعض الأفراد إهتماما أكثر تركيزا على نتف أو إزالة الشعر ، كما أن هؤلاء الأفراد أكثر عرضه للسلوك التلقائي (يبدو أن نتف الشعر يحدث دون وعي كامل) . وقد يمزج العديد من الأفراد الإبلاغ عن مزيج من تلك الاضطرابات معاً . ويعاني بعض الأفراد تجربة " مثل الحكة " أو الإحساس بالوخز في فروة الرأس التي يتم إنزالها بفعل سحب الشعر ، وعادة ما يصاحب الألم اضطراب سحب الشعر .

أنماط من تساقط الشعر تختلف اختلافا كثيراً . تتسم مناطق الثعلبة بتساقط الشعر بصورة كاملة ، فضلاً عن مجالات كثافة الشعر الضعيفة الشائعة ، وقد يكون هناك ميل لنتف الشعر في مناطق التاج أو الجداري . كما قد يكون هناك نمط شبه الصلع الكامل باستثناء محيط ضيق حول الهوامش الخارجية من فروة الرأس ، لا سيما في مؤخرة العنق (ويتم إما بنتف الشعر / أو حلاقة الشعر) . أما الحاجبين والرموش فقد يكون هذا الاضطراب غائباً عنه تماما .

ولا يحدث نتف الشعر عادة في وجود أفراد آخرين ، عدا أفراد الأسرة . ولدى بعض الأفراد حث على نتف الشعرمن الأفراد الآخرين ، وربما يحاولون في بعض الأحيان إيجاد الفرص للقيام بذلك خلسة .

وقد يقوم بعض الأفراد بنتف الشعرمن الحيوانات الأليفة ، والدمى ، وغيرها من المواد الليفية (مثل البلوزات أو السجاد) وقد ينكر بعض الأفراد سحب شعرهم صراحة للآخرين . أما غالبية الأفراد مع اضطراب نتف الشعر يركزون على سلوكيات الجسم المتكررة الأخرى ، بما في ذلك قطف الجلد ، وقضم الأظافر .

معدل الانتشار Prevalence :

في عموم السكان ، يقدرمعدل الانتشار لمدة ١٢ شهرا لنتف الشعر عند البالغين ، والمراهقين ١ -٢ ٪ . كما تتأثر الإناث أكثر من الذكور ، بنسبة حوالي ١٠ : ٠١. ومن المرجح أن يعكس هذا التقدير النسبة الحقيقية بين الجنسين ، وعلى الرغم من أنها قد يعكس المعاملة التفضيلية على أساس الجنس أو المواقف الثقافية بخصوص

ظهور هذا الاضطراب (على سبيل المثال ، قبول فقدان الشعر المعياري بين الذكور) . بين الأطفال الذين يعانون من نتف الشعر ، وعلى قدم المساواة بين الذكور / والإناث .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

كما ينظر إلى اضطراب نتف الشعر في الأطفال الرضع ، ويبدأ هذا السلوك عادة خلال مرحلة من النمو المبكر . ويتزامن عادة بداية نتف الشعر في بداية سن البلوغ . وقد تختلف مواقع نتف الشعر مع مرور الوقت . أما الدورة المعتادة من نتف الشعر فتبدأ صباحاً ، وربما قد تزداد الأعراض سوءاً في الإناث ، وذلك نظراً للتغيرات الهرمونية المصاحبة (مثل الحيض ، وانقطاع الطمث) . وبالنسبة لبعض الأفراد ، فإن هذا الاضطراب قد يأتي ويذهب لأسابيع أو شهور أو سنوات في هذا الوقت . وهناك أقلية من الأفراد يحولون دون الانتكاس اللاحق في غضون بضع سنوات من بدايته .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية . هناك دليل على وجود ضعف وراثي لنتف الشعر . ويعد هذا الاضطراب هو الأكثر شيوعاً في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري (OCD) أو لهم أقارب من الدرجة الأولى لديهم نفس الأعراض .

قضايا ذات صلة تشخيص ثقافية Cuiture-Related Diagnostic issues :

يبدو أن اضطراب نتف الشعر يظهر بالمثل عبر الثقافات ، على الرغم من أن هناك ندرة فى البيانات من المناطق غيرالغربية من العالم .

علامات التشخيص Diagnostic markers :

معظم الاعتراف يأتى من الأفراد الذي يعانون من نتف الشعر ، ونادراً ما يتم عبر التشخيص الباثولوجى للجلد . ويعد الأفراد مع خزعة الجلد (أو تنظير الشعر) من نتف الشعر / قادرين على التفريق بين اضطراب آخر مثل مرض الثعلبة (مرض جلدى مُعدى يؤدى لتساقط الشعر) .

وفي نتف الشعر ، تظهر مجموعة من السمات المميزة له ، بما في ذلك خفض كثافة الشعر ، وظهور الشعر الزغابي القصير ، أو شعر (كسر رمح) ذو الأطوال المختلفة .

الآثار الوظيفية للنتف الشعر :

يرتبط اضطراب نتف الشعر مع استغاثة ، وكذلك مع انخفاض القيمة الاجتماعية والمهنية للفرد . وقد تكون هناك أضراراً لا رجعة فيها لنمو الشعر ، وحتى فى نوعية الشعر . وغالباً ما تشمل عواقب نتف الشعر ظهور أعراض طبية وتشمل (على سبيل المثال ، متلازمة النفق الرسغي؛ وألم الظهر والكتف والرقبة) التهاب الجفن ، والأضرار الأسنان (على سبيل المثال ، الأسنان البالية أو المكسورة بسبب عض الشعر) . بلع الشعر ، مع الإصابة بفقر الدم ، وآلام في البطن ، وقيء دم وغثيان ، ويحدث القيء ، نتيجة انسداد الأمعاء .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

التلاعب فى إزالة الشعر المعيارية . يجب أن لا يتم تشخيص نتف الشعر عندما يتم تنفيذ إزالة الشعر لأسباب تجميلية فقط (أي ، لتحسين المظهر الجسدي) . ويعمل العديد من الأفراد على التغيير واللعب مع شعرهم ، ولكن هذا السلوك عادة لا يؤهل للحصول على تشخيص نتف الشعر .

اضطرابات الوسواس القهري والأخرى ذات الصلة : الأفراد مع الوسواس القهري ومخاوف نتف الشعر كجزء من الطقوس الخاصة ، بالأفراد مع اضطراب تشوه الجسم قد يؤدي إلى إزالة شعر الجسم الذي يعتبرونه قبيح ، وغير متوازن ، أو غير طبيعي ، وفي مثل هذه الحالات لا يؤهل ذلك أيضاً لتشخيص نتف الشعر .

أما الوصف المتصل بالجسم ، والذى يركز على اضطراب السلوك المتكرر المحدد في الوسواس القهري والاضطراب المتعلق به ، فهو يستبعد الأفراد الذين يستوفون معايير تشخيص نتف الشعر .

الاضطرابات العصبية النمائية : في الاضطرابات العصبية النمائية ، يتم نتف الشعر بما ينطبق عليه تعريف النمطية (على سبيل المثال ، في اضطراب الحركة النمطية) .

مثل التشنجات اللاإرادية (في اضطرابات التشنج) والذى نادرا ما يؤدي إلى سحب الشعر .

الاضطراب الذهاني : الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب الذهاني قد يؤدي ذلك بهم إلى الإستجابة لإزالة الشعر نتيجة للوهم ، أو الهلوسة . ولا يتم تشخيص نتف الشعر في مثل هذه الحالات .

حالة طبية أخرى : لا يتم تشخيص نتف الشعر إذا كان نتف الشعر يؤدى إلى خسارة تُعزى إلى حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، التهاب الجلد أو غيرها من الأمراض الجلدية) .

وهناك أسباب أخرى (على سبيل المثال ، داء الثعلبة ، ثعلبة الذكورة ، وتساقط الشعر الكربي) أو غير الندوب الثعلبي (على سبيل المثال ، الذئبة الحمامية القرصية المزمنة ، الحزاز الشعري المسطح ، وثعلبة الطرد المركزي ، والثعلبة الكاذبة ، والتهاب الجرب الصالع ، وحب الشباب) وينبغي النظر في الأفراد مع فقدان الشعر الذين ينكرون سحب الشعر . كما يمكن أخذ خزعة من الجلد ، وفحصها للتمييز بين الأفراد مع اضطراب نتف الشعر / وبين ذوي الاضطرابات الجلدية .

الاضطرابات المرتبطة بالجوهر : يمكن أن تتفاقم أعراض نتف الشعر من قبل بعض المواد على سبيل المثال ، المنشطات ولكن من غير المرجح أن تكون المواد الأولية هي سبب استمرار سحب الشعر .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

غالباً ما يترافق اضطراب نتف الشعر / مع اضطرابات عقلية أخرى ، وأكثر من ذلك شيوع اضطراب الاكتئاب ، واضطراب شجب أو سحب (تقطيع الجلد) . وقد ركزت الأعراض المتكررة الأخرى على نتف الشعر أو تقطيع الجلد (مثل قضم الأظافر) والتي تحدث في غالبية الأفراد مع نتف الشعر ، وربما يستحق ذلك تشخيصات إضافية أخرى محددة .

اضطراب التسحجات (قطف البشرة) Excoriation (Skin-Picking) Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (L98.1) :

A. قطف الجلد المتكرر مما يؤدي إلى تقرحات الجلد .

B. يتم تكرار المحاولات لتقليل أو وقف قطف الجلد .

C. قطف الجلد يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة ، مع ضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، مع بعض المجالات الهامة الأخرى .

D. قطف الجلد لا ينسب إلى الآثار الفسيولوجية للمادة (مثل الكوكايين) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، الجرب) .

E. لم يتم تشخيص اضطراب قطف الجلد بشكل أفضل من خلال أعراض اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال ، الأوهام أو هلوسة اللمس في الاضطراب الذهاني ، أو خلال محاولات تحسين الشكل المتصور ، أو من خلل أو عيب في المظهر ، أو في اضطراب تشوه الجسم ، أو في نمطية اضطراب الحركة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من شجب أو سحب (تقطيع الجلد) هو اضطراب متكرر في اختيار شجب الجلد ، من المواقع الأكثر شيوعاً في الوجه والذراعين ، واليدين ، ولكن العديد من الأفراد قد يتخذوا ذلك من مواقع الجسم المتعددة . ويتخير الأفراد المناطق الصحيحة من الجلد ، ويتم ذلك بعيداً عن الآفات مثل البثور .

ومعظم الأفراد يقوموا بذلك مع أظافرهم (قضم الأظافر) ، وعلى الرغم من وجود العديد من الملاقط أو غيرها من الأشياء التي تسمح للقيام بذلك . وبالإضافة إلى قطف الجلد ، قد يكون هناك فرك الجلد ، والضغط ، والوخز ، والعض . كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشجب أو السحب غالباً ما يستغرقوا المزيد منالوقت مع سلوكيات القطف ، وأحيانا عدة ساعات في اليوم الواحد ، وإذا ما قطف الجلد قد يدوم لشهور أو سنوات .

ويتطلب المعيار (A) أن سحب الجلد قد يؤدي إلى تقرحات ، وعلى الرغم من أن المرضى الذين يعانون من هذا الاضطراب غالباً ما يحاولوا إخفاء أو تمويه تلك الآفات (على سبيل المثال ، مع الماكياج أو الملابس) .

ويحاول الأفراد الذين يعانون من اضطراب شجب أو سحب الجلد المتكرر ، من محاولات خفض أو وقف تقطيع الجلد (B) .

المعيار (C) ويشير إلى أن قطف الجلد يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من الأداءات الهامة الأخرى . ويشمل مصطلح الكرب السلبي ، والذى قد يرافق الأفراد مع قطف الجلد ، مثل الشعور بفقدان السيطرة ، والخجل . وقد يحدث انخفاض كبير في عدة مجالات مختلفة من العمل (على سبيل المثال فى المجالات الاجتماعية والمهنية والأكاديمية ، وأوقات الفراغ) والتى تتأثر جزئيا بسبب تجنب المواقف الاجتماعية .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

قد تكون المميزات المرتبطة بدعم التشخيص مصحوبة بتقطيع الجلد من قبل مجموعة من السلوكيات التي تنطوي على الجلد . وبالتالي ، يمكن للأفراد البحث عن نوع معين من سحب الجلد ، وقد تبين ذلك ، بعض الفم وسحب الجلد ، أو ابتلاع الجلد بعد أن يتم سحبه . ويمكن أيضاً أن يسبق تقطيع الجلد - أو يرافقه - الحالات العاطفية المختلفة . وقد يصاحب تقطيع الجلد مشاعر من القلق أو الضجر ، كما قد يسبقه شعور متزايد من التوتر (إما مباشرة قبل اختيار الجلد، أو عند محاولة مقاومة الرغبة في الاختيار) ، وربما يؤدي ذلك إلى الإشباع والمتعة ، أو إحداث شعوراً بالارتياح عندما تم انتقاء الجلد أو الجرب . وأيدت التقارير قيام بعض الأفراد بالقطف ردا على عدم انتظام الجلد الطفيف ، أو للتخفيف من النسبة غير مريحة من الإحساس الجسدي .

ولم يتم الإبلاغ عن الألم بشكل روتيني لمرافقة قطف الجلد ، وقد ينشغل بعض الأفراد بالجلد وهو اختيار أكثر تركيزاً (أي مع التوتر السابق واللاحق للإغاثة) ، بينما قد ينخرط البعض الآخر في قطف أكثر تلقائية (أي عندما يحدث قطف الجلد دون سابقة توتر ، ودون وعي كامل) كما لا يحدث عادة تقطيع الجلد فى وجود أفراد آخرين .

معدل الانتشار Prevalence :

في عموم السكان ، يستمر معدل الانتشار مدى الحياة فى اضطراب الشجب أو السحب لدى البالغين ، وبنسبة ١,٤ ٪ أو أعلى قليلا . كما أن ثلاثة أرباع أو أكثر

من الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب هم من الإناث . وهو - من المرجح - ما قد يعكس النسبة الحقيقية للحالة بين الجنسين ، وعلى الرغم من أنها قد تعكس أيضاً التفاضلية فى العلاج ، وذلك على أساس الجنس أو المواقف الثقافية بشأن المظهر .

التنمية والدورة Development and Course :

على الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشجب أو السحب ، قد يتم في مختلف الأعمار ، إلا أن تقطيع الجلد غالباً ما يكون التهاباً خلال فترة المراهقة ، وبالتزامن - عادة - مع أو بعد بداية سن البلوغ .

وكثيراً ما يبدأ هذا الاضطراب مع حالة الأمراض الجلدية ، مثل حب الشباب . أما مواقع قطف الجلد فقد تختلف مع مرور الوقت ، كما أن الاضطراب قد يأتي ويذهب لأسابيع أو شهور أو سنوات في وقت واحد .

الأخطار والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية . اضطراب شجب أو سحب الجلد هو أكثر شيوعاً في الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري (OCD) أو لديهم أقارب من أفراد أسرهم من الدرجة الأولى ، وذلك أكثر مما يكون عليه الحال في عامة السكان .

علامات التشخيص Diagnostic markers :

معظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب شجب أو سحب لا يعترفوا بقطف الجلد ، وبالتالي هم ، نادرا ما يطلبون التشخيص . ومع ذلك الآثار الوظيفية لاضطراب شجب / أو سحب قطف الجلد ، يرتبط بانخفاض القيمة الاجتماعية والمهنية . كما أن غالبية الأفراد مع هذا الشرط ينفقوا ما لا يقل عن ساعة واحدة يوميا فى التفكير حول اختيار ، أو مقاومة حث الاختيار . وقد أفاد كثير من الأفراد تجنب المناسبات الاجتماعية أو الترفيهية ، فضلا عن الخروج إلى الأماكن العامة .

كما أن غالبية الأفراد مع هذا الاضطراب ، عُرضه للعمل مع الجلد ، ويركزون عليه على أساس يومي أو أسبوعي على الأقل . وهناك نسبة كبيرة من الطلاب الذين يعانون من اضطراب شجب أو سحب الجلد ، أوضحت التقارير تغيبهم عن المدرسة ، بعد أن واجهوا صعوبات في المدرسة ، بسبب قطف الجلد .

أما المضاعفات الطبية من قطف الجلد فتشمل تلف الأنسجة ، والتندب ، والعدوى ، ويمكن أن تكون مهددة للحياة .

ونادراً ، ما يتم الإبلاغ عن سبب قطف المزمن ، والذى غالباً ما يؤدي إلى تلف الأنسجة الكبيرة وحدوث تندب (فى الأجزاء المسحوبة من الجلد) . ويتطلب العلاج - في كثير من الأحيان - استخدام المضادات الحيوية للعدوى ، أحيانا قد يتطلب الجراحة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطراب ذهاني . قد يحدث تقطيع الجلد رداً على الوهم (بوجود طفيليات) أو هلوسة عن طريق اللمس (التنميل) في الاضطراب الذهاني . وفي مثل هذه الحالات فإن ، هذا اضطراب يجب أن لا يتم تشخيصه باضطراب شجب أو سحب الجلد .

اضطرابات الوسواس القهري الأخرى ذات الصلة : 'تعد دوافع الغسيل المفرط / رداً على هواجس التلوث في الأشخاص الذين يعانون من الوسواس القهري ، والذى قد يؤدي إلى تقرحات الجلد ، ويمكن أن يحدث قطف الجلد في الأشخاص الذين يعانون اضطراب تشوه الجسم ، قد يعود فقط بسبب مخاوف المظهر ؛ وفي مثل هذه الحالات ، يجب ألا يتم تشخيص اضطراب شجب أو سحب الجلد . وأن يركز الوصف على اضطراب السلوك المتكرر في الحالات المحددة للوسواس القهري ، ذات العلاقة ، والتي تستبعد الأفراد المعرضين لتلبية المعايير التشخيصية لاضطراب شجب أو سحب الجلد .

الإضطرابات العصبية النمائية . 'يمكن وصف اضطراب الحركة النمطية بواسطة السلوك المتكرر المضر بالنفس ، والذى يبدأ في فترة النمو المبكر . وعلى سبيل المثال ، يمكن للأفراد الذين يعانون من هذه الحالة العصبية الوراثية (متلازمة برادر ويلي) أن يشرعوا فى وقت مبكر لبدء قطف الجلد ، أما الأعراض فقد تلتقي بالمعايير النمطية لاضطراب الحركة . بينما العرات[1] في الأفراد الذين يعانون من اضطراب " توريت " قد يؤدي إلى سلوك لا يُعد تشنجاً ، مثل اضطراب الشجب أو السحب والمرتبط بأعراض جسدية واضطرابات ذات الصلة . ولا يتم تشخيص اضطراب الشجب أو السحب / إذا كانت الآفة الجلدية 'تعزى في المقام الأول إلى السلوكيات الخادعة في الاضطراب الصنعي .

---

(١) العرات (Tics) هي حركات لا إرادية ولا وظيفية (لا وظيفة لها) تظهر عند الأطفال والمراهقين بنسبة ١ إلى ٢٠. هذه الحركات قصيرة ، سريعة وتظهر دون إنذار مسبق.

اضطرابات أخرى : لا يتم تشخيص اضطراب الشجب أو السحب / إذا كان قطف الجلد والذى يعزى فى المقام الأول إلى نية إيذاء النفس التي هي من سمات إيذاء الذات .

الحالات الطبية الأخرى : لا يتم تشخيص اضطراب شجب أو سحب إذا كان قطف الجلد يعزى في المقام الأول إلى حالة طبية أخرى . على سبيل المثال ، الجرب هو مرض جلدي كحالة ترتبط دائما مع حكة شديدة وخدش . ومع ذلك ، فإن شجب أو سحب الجلد قد يعجل من الاضطراب أو يزيد من شروط حدة الحالة الجلدية الأساس . وعلى سبيل المثال ، حب الشباب قد يؤدي إلى بعض الخدش والقطف ، والذي قد يرتبط باضطراب الشجب أو السحب المرضي ، وينبغي التفريق بين هذين الحالتين : (حب الشباب مع بعض الخدش وقطف مقابل حب الشباب / مع شجب أو اضطراب السحب المرضي) وهو ما يتطلب تقييماً لمدى قطف الفرد للجلد ، والتى أصبحت مستقلة عن حالة الأمراض الجلدية الأساس .

الاضطرابات التي يسببها الدواء الجوهر : يمكن أيضاً أن تتصل أعراض اضطراب الجلد بواسطة مواد معينة (على سبيل المثال ، الكوكايين) ، وهنا لا يجب أن يتم تشخيص اضطراب الحالة بالشجب أو السحب . وإذا كان تقطيع الجلد اضطراب إكلينيكي هام ، فقد يكون التشخيص ناجماً عن اضطراب الوسواس القهري وذات الصلة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

غالباً ما يترافق اضطراب شجب أو سحب مع اضطرابات عقلية أخرى . وتشمل مثل هذه الاضطرابات الوسواس القهري ونتف الشعر (إضطراب نتف الشعر) ، وكذلك الاضطراب الاكتئابي . وتركز الأعراض على اضطرابات الجسم المتكررة ، وغيرها من قطف الجلد وسحب الشعر (على سبيل المثال ، قضم الأظافر) ويحدث في العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب وشجب أو سحب الجلد ، وقد يستحق تشخيص إضافي محدد للوسواس القهري وذات الصلة (أي ، التي تركز على اضطراب الجسم، والسلوك المتكرر) .

الاضطراب الوسواس القهري ذات صلة بمادة الأدوية :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . هواجس ودوافع ، قطف الجلد وسحب الشعر ، وغيرها من السلوكيات التي تركز على اضطرابات الجسم المتكرره ، أو غيرها مـن الأعـراض المميـزة لاضـطرابات الوسواس القهري والمتعلقة به ، والتي تسود في الصورة السريرية .

B . توجد أدلة من تاريخ الحالة المرضية ، والفحص البدني ، أو النتـائج المخبريـة علـى حد سواء (١) و(٢) : -

١. الأعراض في المعيار A تطورت أثناء أو بعد وقت قصير من تـسمم مادة / أو الإنسحاب أو بعد التعرض للدواء .

٢. جوهر مشاركة الدواء قادر على انتاج الأعراض .

C . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب الوسواس القهري ، ويمكن أن يشمل اضطراب الوسواس وما يتصل به ما يلي : -

الأعراض التي تسبق بداية تعـاطي الأدويـة المخـدرة ، والأعـراض قـد تستمر لفترة طويلة من الوقت (على سـبيل المثـال ، حـوالي شـهر واحـد) بعـد التوقف الحاد للانسحاب ، أو التسمم الحاد ، هناك أدلة أخرى تشير إلى وجود الوسواس القهري بصورة مستقلة عن الاضطراب ذات الصلة .

D . لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء دورة من الانفعال .

H. قد يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة ، وضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنيـة ، أو بعض المجالات الهامة أخرى .

ملاحظة : يجب أن يتم هذا التـشخيص بالإضـافة إلى تـشخيص التـسمم بمـادة ، أو سحب مادة ، فقط عندما تكون الأعراض في المعيار A تسود في الصورة الـسريرية ، أو الشديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري .

ملاحظة الترميز : إن ICD-9-CM ورمـوز ICD-10-CM [مـادة محـددة الـدواء] يشار بفعل اضطرابات الوسواس القهري والمرتبطة في الجدول الخاص بذلك .

لاحظ أن رمز **ICD-10-CM** [1]يعتمد على ما إذا كان أو لم يكن هناك مادة مرضية لاستخدام الاضطراب الحالي لنفس الدرجة من الجوهر . وإذا كان يتصل الوسواس القهري المرضي / مع الاضطراب المتعلق الناجم عن المخدرات ، والطبيب يجب أن يسجل" خفيفة [مادة] أو استخدام فوضى " ما قبل الوسواس القهري ، والاضطراب المتعلق ، والناجم عن استخدام مادة (على سبيل المثال" الكوكايين خفيف الاستخدام / مع اضطراب الوسواس القهري والتي يسببها الكوكايين ذات الصلة ") .

وإذا كانت الحالة المرضية ناتجة عن استخدام مادة معتدلة ، أو شديدة ناجمة عن مادة الوسواس ، أو اضطراب الوسواس وما يتصل به ، وطابع الموقف هو ٤ ، والطبيب"٢" .

ويجب تسجيل الحالة تحت مسمى "معتدلة [مادة] أو استخدام الفوضى" أو "[الجوهر] استخدام شديد الاضطراب " اعتمادا على شدة الحالة المرضية لاضطراب تعاطي المخدرات .

وإذا لم يكن هناك حالة مرضية لاضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال ، بعد تعاطى لمرة واحدة / تختلف عن الاستخدام الكثيف للمادة) ، فيكون الطابع ٤ الطابع ، والموقف هو "٩" ، والطبيب يجب أن يسجل فقط الاضطراب الناجم عن مادة تؤدى إلى الوسواس القهري ، وما يتصل بها من اضطراب ، ومنها المواد التالية : -

- الأمفيتامين (أو غيرها من المنشطات) F15.188 F15.288 F15.988
- الكوكايين F14.188 FI 4.288 F14.988
- مواد أخرى غير معروفة F19.188 F19.288 F19.988

مع بداية التسمم : إذا تم استيفاء معايير التسمم الجوهرية ، وأعراض التسمم خلال فترة تطوير المرض من خلال الانسحاب : وإذا تم استيفاء معايير للانسحاب من

---

(١)ICD-10-CM يشير إلى لتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة واختصاره العالمي ICD هو تنصيف تقوم منظمة الصحة العالمية بنشره. يتم تصنيف الأمراض والأعراض والعلامات والمسببات على شكل شِفرات تتكون من ٦ أرقام.

الأعراض خلال تطوير المرض ، أو بعد فترة وجيزة من الانسحاب ، وبعد استخدام الدواء : قد تظهر الأعراض إما في بدء الدواء أو بعد تعديل أو تغيير استخدامه .

إجراءات التسجيل Recording Procedures :

ICD-9-CM . اسم المادة الدوائية التي تسبب الوسواس القهري والاضطراب المتعلق به يبدأ مع مادة معينة (مثل الكوكايين) والذى يفترض أن تسبب أعراض الوسواس القهري وذات الصلة . ويتم تحديد رمز التشخيص من الجدول الذى تم تضمينه في مجموعة معايير الدليل ، والذي يقوم على أساس استخدام المخدرات . وبالنسبة للمواد التي لا تنتمي الى أي من الفئات ، يجب استخدام رمز " مادة أخرى " وفي الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة ليكون عاملاً مسبباً لفئة معينة من مادة غير معروفه ، أو فئة "مادة مجهولة" مما ينبغى استخدامها .

يتبع اسم الاضطراب ، مواصفات ظهور (أي ظهوره خلال بدايته ، أو أثناء الانسحاب ، مع ظهور نتائج استخدام الدواء) . خلافا لتسجيل الإجراءات (-ICD-I0 CM) التي تجمع بين الاضطراب الناجم عن المخدرات / وبين اضطراب تعاطي المخدرات في رمز واحد ، ICD-9-CM

أما رمز التشخيص المنفصل لاضطراب تعاطي المخدرات . على سبيل المثال ، في حالة السلوكيات المتكررة التي تحدث خلال حالة تسمم لفرد مع اضطراب تعاطي الكوكايين الشديد ، أما تشخيص الوسواس القهري ، والاضطراب ذات الصلة ، مع بداية التسمم الناجم عن تعاطى الكوكايين .

أما التشخيص الإضافي لاضطراب تعاطي الكوكايين الشديد / فهو يتحقق عندما يتم الحكم على مضمون واحد أو أكثر للعب دوراً هاماً في تطوير اضطراب الوسواس القهري وذات الصلة ، والذى يجب أن يتم سرد كل منهم على حدة . ICD-10-CM

أما اسم المادة التي يسببها دواء الوسواس القهري ، وما يتصل به من اضطراب فيبدأ مع مادة معينة (مثل الكوكايين) والذى يفترض أن يكون السبب لأعراض الوسواس القهري ، والأعراض ذات الصلة . ويتم تحديد رمز التشخيص من الجدول المتضمن في مجموعة المعايير ، والتى تستند على أساس فئة ونسب المخدر ، مع وجود أو عدم وجود اضطراب تعاطي المخدرات المرضي .

وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات ، ورمز "مادة أخرى" مع عدم وجود تعاطي المخدرات المرضي فينبغي أن تستخدم في الحالات الذي يُحكم فيها على مادة لتكون عاملاً مسببا لها ولكن لفئة معينة من مادة غير معروفة ، أو فئة " مادة مجهولة " مع عدم وجود تعاطي المخدرات المرضية ، والتي ينبغي استخدامها .

وعند تسجيل اسم اضطراب تعاطي المخدرات المرضية (إن وجد) فهو سرد أولى ، يليها كلمة الاسم الناجم عن مادة اضطراب الوسواس ، وما يتصل به ، تليها مواصفات ظهور (أي ظهوره خلال حالة التسمم ، أو مع بداية الانسحاب ، أو مع ظهور أعراض استخدام الدواء) . وعلى سبيل المثال ، في حالة السلوكيات الفوضى المتكررة التي تحدث أثناء تسمم فرد مع الكوكايين شديد الاستخدام ، وتشخيص اضطراب F14.288 تعاطي الكوكايين الشديد مع الوسواس القهرى ، والتي يسببها الكوكايين / مع اضطراب الوسواس ، وما يتصل بها ، مع بداية ، أو أثناء حالة التسمم .

أما التشخيص المنفصل ، فلا يتم وصفه أثناء الحالة المرضية الشديدة ، مع اضطراب تعاطي الكوكايين . وإذا كان ناجم عن مادة ويحدث اضطراب ذات الصلة ، ودون اضطراب تعاطي المخدرات المرضي (وعلى سبيل المثال ، بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، ويلاحظ أن أي اضطراب مرافق لتعاطي المخدرات (على سبيل المثال ، F15.988 اضطراب الوسواس القهري والمتعلق به ، والناجم عن دواء الأمفيتامين ، والمصاحب لظهور خلال التسمم) . وعندما يتم الحكم على أن يلعب دوراً هاماً في التنمية من الوسواس القهري وذات الصلة ، فيجب عندها أن يتم سرد كل حالة على حدة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمات الأساسة للمادة التي يسببها دواء الوسواس القهري ، وما يتصل به من اضطراب الأعراض البارزة لاضطراب الوسواس القهري والمتعلقة به (A) والتى تعزى إلى آثار مادة (مثل تعاطي المخدرات ، والأدوية) .

ويجب أن يكون وضع أعراض الوسواس القهري والمتصلة خلال أو بعد وقت قصير من التسمم مادة أو الانسحاب أو بعد التعرض للدواء أو السم ، ويجب أن تكون مادة الأدوية قادرة على إنتاج الأعراض (B) .

وبمجرد توقف العلاج ، فإن أعراض الاضطراب الاضطراب ذات الصلة بالوسواس القهري سوف تتحسن أو أو يحدث لها تحويل / وذلك في غضون أيام إلى عدة أسابيع إلى مرة واحدة في الشهر (اعتمادا على نصف عمر مادة الدواء) . ولا ينبغي تشخيص الحالة بالمادة التي يسببها الدواء فقط لعلاج الوسواس القهري ، وإذا استمرت أعراض الوسواس القهري ، والأعراض ذات الصلة لفترة طويلة من الزمن ، فينبغي النظر في أسباب أخرى لتلك الأعراض ، كما ينبغي بذل الجهد فيما يتصل بتشخيص الاضطراب ، بالإضافة إلى تشخيص مادة التسمم فقط عندما تتوافق الأعراض في المعيار (A) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

تركز الهواجس والدوافع ، لسحب الشعر أو قطف الجلد ، أو غيرها على السلوكيات المتكررة على الجسم ، كما يمكن أن يحدث ذلك بالتعاون مع التسمم مع الفئات التالية من المواد : المنشطات (بما في ذلك الكوكايين) وغيرها من المواد (غير معروفة) . والمعادن الثقيلة والسموم ويمكن أيضاً أن يتسبب فى ظهور أعراض الوسواس القهري وذات الصلة . مع ضرورة اتخاذ تقييم فى المختبر (على سبيل المثال ، علم السموم البولى) قد يكون مفيداً لقياس مادة التسمم كجزء من تقييم اضطرابات الوسواس القهري وذات الصلة .

التشخيص Differentiai Diagnosis :

مادة تسمم : قد تحدث مادة التسمم أعراض الوسواس القهري وما يتصل بها في جوهر التسمم . كما أن تشخيص التسمم عبر مواد محددة ، لا يكفى عادة لتصنيف وشرح الأعراض . وينبغي تشخيص الوسواس القهري وما يتصل به من اضطراب ذات الصلة بالإضافة إلى مادة التسمم ، وذلك لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

الوسواس القهري واضطراب ذات الصلة (أي ليس ناجماً عن مادة) : يتم الحكم على الوسواس القهري والأعراض المتصلة به والتي يسببها الدواء ، ويتميز اضطراب الوسواس القهري والاضطراب ذات الصلة من خلال النظر في بداية كل منهم ، وبطبيعة الحال ، هناك عوامل أخرى للتعامل مع المواد والأدوية . مثل تعاطي

المخدرات ، كما يجب أن توجد أدلة من تاريخ الحالة المرضية ، ونتائج الفحص البدني ، أو الفحص المخبرى للإستخدام أو التسمم ، والتى تنشأ بفعل الوسواس القهري وتتعلق فقط بالتعاون مع التسمم .

فى حين أن ظهور الوسواس القهري الأولي قد يسبق بداية استخدام مادة الدواء ، كما توجود مميزات شاذة للوسواس القهري الابتدائي ، والاضطراب ذات الصلة ، مثل تحكم العمر في ظهور الأعراض ، والذى قد يشير إلى المسببات التي يسببها الجوهر . (A) وما يتصل به من وجود ما يبرر اضطراب التشخيص .

وإذااستمرت الأعراض لفترة طويلة من الزمن (حوالي شهر واحد أو أكثر) بعد نهاية مادة التسمم ، أو مع فرد لـه تاريـــــخ من اضطراب الوسواس القهري ذات الصلة .

الوسواس القهري والاضطراب المتصل به بسبب حالة طبية أخرى : إذا كانت أعراض الوسواس القهري وذات الصلة يمكن أن تعزى إلى حالة طبية أخرى (بدلا من الدواء الذى يتم اتخاذه لحالة طبية أخرى) ، وقد يتطلب الأمر تغيير في العلاج بصورة كلية (على سبيل المثال ، استبدال الدواء أو التوقف عنه) وقد تكون هناك حاجة لتحديد ما إذا كان أو لم يكن الدواء هو العامل المسبب له (وفي هذه الحالة يمكن أن يتم تفسير الأعراض بشكل أفضل من خلال المادة التي يسببها دواء اضطراب الوسواس وما يتصل به) .

وإذا كان الاضطراب يعزى إلى حالة طبية أخرى أو لمادة مستخدمة ، سواء فى تشخيصات (الوسواس القهري وما يتصل به اضطراب بسبب حالة طبية أخرى ، أو بالمادة التي يسببها الدواء، أو مع اضطراب ذات الصلة) . وعندما لا توجد أدلة كافية ، فإن الأعراض يمكن أن تعزى إلى أي مادة دواء آخر ، أو لحالة طبية أولية (لا تعزى إلى مادة الدواء / ولا لحالة طبية أخرى) ، ويتم التشخيص الآخر بالوسواس القهري بأنه غير محدد ، وإذا الوسواس القهري أو أعراض الاضطراب ذات الصلة تحدث حصرياً أثناء الهيجان ، فهي هنا تعتبر يمكن أن تكون سمة مرتبطة مع الهيجان ولا يتم تشخيص منفصل لها .

اضطراب الوسواس القهري ذات صلة بحالة طبية أخرى

Due to Another Medical Condition ؛

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F06.8) ؛

A . وجود هواجس ، ودوافع ، مع انشغالات بالمظهر ، حب التملك ، في قطف / وسحب الشعر ، وغيرها من السلوكيات المتكررة التي تركز على الجسم ، أو أعراض أخرى مميزة الوسواس القهري والمتعلقة تسود في الصورة السريرية .

B . توجد أدلة من تاريخ الحالة المرضية ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية أن الاضطرابات المرضية في جسم المريض هى نتيجة مباشرة لحالة طبية أخرى .

C . الاضطراب أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر .

D . لا تحدث الاضطراب حصرا أثناء دورة من الانفعال .

H. اضطراب يسبب ضائقة مهمة إكلينيكية / ضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو بعض المجالات الهامة الأخرى .

تحديد ما إذا كان : - مع أعراض الوسواس القهري ، والاضطراب الليلى .

الأعراض السريرية السائدة . انشغالات المظهر : ويشمل الانشغال بعيوب ظاهرة ومتصورة أو بعيوب سريرية .

أعراض حب التملك : يسود حب التملك تسود مع الأعراض السريرية . ومع أعراض نتف الشعر .

استمرار الأعراض : إذا كان يتم فى الغالب قطف الجلد كحالة سريرية .

ملاحظة الترميز : ويشمل اسم حالة طبية أخرى في اسم الاضطراب العقلية (على سبيل المثال ، [F06.8] الوسواس القهري وما يتصل به بسبب احتشاء دماغي) . وينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى ، وسرد كل على حدة فورا قبل الوسواس القهري والمتعلقة بسبب حالة طبية (على سبيل المثال ، احتشاء دماغي؛ [F06.8] الوسواس القهري وما يتصل بها بسبب احتشاء الدماغ) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features ؛

سمة أساس من سمات الوسواس القهري متعلقة بسبب طبي آخر كشرط إكلينيكي هام ، يرتبط بأعراض الوسواس القهري والتي هي ذات الصلة فى الحكم على أفضل تفسير كنتيجة مباشرة للفسيولوجية المرضية الطبية الأخرى . ويمكن أن تشمل

أعراض الهواجس البارزة ، الدوافع ، وانشغالات مع المظهر ، حب التملك ، سحب الشعر ، قطف الجلد ، أو غيرها من أجزاء الجسم ، والتي تركز على السلوكيات المتكررة كما يلي : -

(A) . الحكم أن الأعراض يجب أن يستند إلى حالة طبية مرتبطة على أدلة من التاريخ ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية .

(B) . بالإضافة إلى ذلك ، يجب وبشكل أفضل أن لا يتم تفسير الأعراض من خلال اضطراب عقلي آخر .

(C) . لا يتم إعلان حدوث أعراض الوسواس القهري والمتعلقة به فقط من خلال حالة الهيجان .

(D) . أعراض الوسواس القهري يجب أن تؤتبط بسبب الضيق الإكلينيكي الهام أو ضعف في العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من المهام .

(E) . تحديد ما إذا كانت أعراض الوسواس القهري والمتعلقة به تعزى إلى حالة طبية أخرى ، إلا أنه يجب أن يكون تلك الحالة الطبية ذات الصلة بالحاضر . علاوة على ذلك ، يجب أن تثبت أعراض الوسواس القهري والتي يمكن تكون مؤقتة ، وذات صلة بحالة طبية من خلال آلية مرضية في جسم المريض وهذا أفضل ما يفسر الأعراض في الفرد .

الأعراض المرتبطة بالوسواس القهري والحالة الطبية المسببة : وهى التي ترتبط بظهور تفاقم الحالة ، أو تعافى للحالة الطبية من أعراض الوسواس القهري وذات الصلة به ؛ وجود مميزات شاذة من اضطراب الوسواس القهري وما يتصل ببداياته (على سبيل المثال ، في بداية سن ظهور الحالة)؛ والأدلة في الأدب العلمى ، أن الآلية الفسيولوجية لها دور مباشر فى حدوثها (على سبيل المثال ، ضرر تنظيمى للجسم) والذى يمكن أن يسبب أعراض الوسواس القهري وذات الصلة به . بالإضافة إلى ذلك ، لا يمكن تفسير الاضطراب على نحو أفضل من قبل الوسواس القهري وما يتصل به من الاضطرابات الأولية ذات الصلة ، أو اضطراب عقلي آخر يسببه الدواء .

وهناك بعض الجدل حول ما إذا كانت اضطرابات الوسواس القهري والمتعلقة به يمكن أن ُتعزى إلى المجموعة A عدوى العقدية . وهى حركة (رقص) عصبية المظهر

مثل مظاهر الحمى الروماتيزمية (قشعريرة) ، والتي هي بدورها نتيجة لعدوى العقدية المجموعة A . وتتميز حركة (رقص) سيدنهام من خلال مزيج من الحركية . وتشمل المميزات محرك الهواجس ، والدوافع ، ونقص الانتباه ، وعطب فى الجوانب العاطفية . وعلى الرغم من أن الأفراد مع حركة (رقص) سيدنهام ، قد تتضح مع ملامح الحمى الروماتيزمية الحادة ، مثل التهاب القلب والتهاب المفاصل ، وينبغي يتم تشخيص اضطراب الوسواس القهري لهؤلاء الأفراد والمتعلقة به بسبب طبي آخر .

وترتبط الاضطرابات العصبية والنفسية للأطفال بالمناعة الذاتية المرتبطة بعدوى العقديات ، والتى قد تم تحديدها على أنها اضطراب المناعة الذاتية المعدية ، والتى تتميز بظهور مفاجئ للهواجس ، والدوافع ، أو العرات والتى تترافق من مجموعة متنوعة من الأعراض العصبية والنفسية الحادة (في غياب التهاب القلب ، أو التهاب المفاصل) وذلك بعد ظهور التهابات العقديات . وعلى الرغم من أن هناك مجموعة من الأدلة التي تدعم وجود عوامل محددة للكيان السريرى الموسع : ويتضح ذلك لدى الأطفال مع بداية متلازمة العصبية والنفسية الحادة ، أو في مرحلة الطفولة مجهولة السبب المصاحبة للأعراض العصبية والنفسية الحادة ، والتي تستحق مزيدا من الدراسة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

ومن المعروف أن عدداً من الاضطرابات الطبية الأخرى تشمل الوسواس القهري وما يتصل بها من أعراض باعتبارها مظهرا سريرياً هاماً ، وتشمل الأمثلة اضطرابات قد تؤدي إلى ضرر المخطط الجسمى ، مثل الاحتشاء الدماغي .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

تطور نمو الوسواس القهري والمتعلق بسبب آخر حالة طبية ، قد يلي عموما مسار المرض الأساس .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الهيجان : وهو تشخيص منفصل من الوسواس القهري والمتعلق بسبب آخر لا يشير إلى حالة طبية ، إلا في حالة حدوث الاضطراب حصرياً خلال مرحلة الهيجان . ومع ذلك ، فإن تشخيص اضطراب الوسواس القهري والمتعلق به يمكن عزوه إلى حالة

طبية أخرى تتصل بتشخيص الاضطراب العصبي الرئيس (الخرف) إذ أن مسببات أعراض الوسواس القهري هى الحكم على أن يكون ذلك نتيجة لعملية فسيولوجية مرضية بسبب الخرف أو بسبب عامل سريرى آخر .

الأعراض المختلطة : (على سبيل المثال ، اضطراب المزاج ، الوسواس القهري وما يتصل به من أعراض) ، وهذا الاضطراب العقلي المحدد بسبب حالة طبية أخرى يعتمد على الأعراض التي تسود في الصورة السريرية .

إضطرابات الوسواس القهري المتعلق بالمادة التي يسببها الدواء : وذلك فى حالة وجود أدلة على استخدام مادة يسببها الدواء / أو لفترة طويلة (بما في ذلك الأدوية ذات التأثير النفسي مع آثاره الجانبية) ، والانسحاب من مادة ، أو التعرض لمادة سامة ، وهي مادة طبية ينبغي النظر في علاقتها باضطراب الوسواس القهري ذات الصلة . وعندما يتم تشخيص المادة المسببة لاضطراب الوسواس القهري والمتصلة بدواء معين ، أو فيما يتعلق بتعاطي المخدرات ، وقد يكون من المفيد الحصول على تحليل كامل لنسبة المخدرات ، فى البول أو الدم أو غيرها من تقييم المختبرات المناسبة .

أما الأعراض التي تحدث أثناء أو بعد فترة وجيزة من التسمم بمادة / أو الانسحاب (ترك استعمال الدواء) أو بعد استخدام الدواء ، قد يكون مؤشرا خاصة من التي يسببها الدواء للوسواس القهري وما يتصل به من اضطراب ، وهذا يتوقف على نوع ، ومدة ، أو كمية المادة المستخدمة .

إضطرابات الوسواس القهري ذات الصلة : ينبغي التميز بين اضطراب بسبب حالة طبية أخرى من بداية الوسواس القهري وبين الاضطراب ذات الصلة به (فى أعراضه / أو تشخيصه) . وفي الاضطرابات النفسية الأولية أي المحددة ، يمكن للآليات الفسيولوجية المسببة له بصورة مباشرة أن ترتبط بحالة طبية أخرى . وفي وقت متأخر من العمر قد تظهر أعراض شاذة أو تشير إلى الحاجة لإجراء تقييم شامل لاستبعاد تشخيص اضطراب الوسواس القهري والمتعلق بسبب آخر حالة طبية .

اضطراب القلق المرضى : يتميز اضطراب القلق المرضى بالانشغال بوجود / أو الحصول على مرض خطير . وفي حالة اضطراب القلق المرضى ، وقد لا يتم - بدقة - تشخيص الحالات الطبية المرتبطة باضطراب عقلي آخر . أما أعراض الوسواس

القهري والمتعلقة به قد تكون سمة من الاضطراب العقلي المرتبط بحالة أخرى (على سبيل المثال : الفصام / وفقدان الشهية العصبي) .

وترد هذه التشخيصات إذا كان من غير الواضح ما إذا كان أعراض الوسواس القهري والأعراض الأولية ذات الصلة ، التي قد تسببها المخدرات ، أو بسبب حالة طبية أخرى .

الاضطرابات الأخرى ذات الصلة بالوسواس القهري (F42) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للوسواس القهري والاضطراب ذات الصلة ، والذى 'يسبب الضيق الإكلينيكي الهام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من الأداءات التى تسود ولكن لا تفي بالمعايير الكاملة عن أي من تلك الاضطرابات / مع اضطراب الوسواس القهري والمتعلقة بفئة التشخيص ، وفئة الوسواس القهري وما يتصل بها من مهام محددة أخرى ، ويتم ذلك من خلال تسجيل " الأعراض المحددة الوسواس القهري وما يتصل به من اضطراب " والمتبوع بسبب محدد (على سبيل المثال " الذى يركز على اضطراب الجسم والسلوك المتكرر") . والتى تشمل ما يلي : -

١. إضطراب تشوه الجسم مع العيوب الفعلية : وهو مماثل لاضطراب تشوه الجسم إلا أنه يتميز بعيوب في المظهر الجسدي بشكل واضح يمكن ملاحظته من قبل الآخرين (أي أنهم أكثر وضوحا من درجة "طفيف") . وفي مثل هذه الحالات ، فإن الانشغال بهذه العيوب ، يتم بشكل مفرط بشكل واضح ويسبب ضعف كبير أو محنة .

٢. إضطراب تشوه الجسم من دون السلوكيات المتكررة : وهو نفس العروض التقديمية التي تلي اضطراب تشوه الجسم ، إلا أن الفرد قد لا يؤدي تلك السلوكيات أو الأفعال العقلية بصورة متكررة ، نظراً لاستجابته لشواغل المظهر الشخصى له .

٣. اضطراب السلوكيات الجسدية المتكررة : ويتميز بالسلوكيات المتكررة (على سبيل المثال ، قضم الأظافر ، عض الشفاه ، مضغ الخد) وتكرار محاولات لخفض أو وقف تلك السلوكيات . وهذه الأعراض تسبب استغاثة إكلينيكية هامة ،

أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها ، مثلاً من خلال نتف الشعر (إضطراب نتف الشعر) ، وشجب أو سحب (قطف الجلد) واضطراب الحركة النمطية ، أو إيذاء الذات .

٤. الغيرة المتسلطة : ويتميز هذا الانشغال مع النظر فى تخوين الناس . وقد يؤدي إلى انشغالات بسلوكيات متكررة أو عقلية ، وقد يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة ، أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، وغيرها من المهام ؛ ويتم تشخيصه بصورة أوضح من خلال اضطراب آخر مثل اضطراب عقلي توهمي ، أو نوع غيور ، أو اضطراب الشخصية بجنون العظمة .

٥. الخوف المرضى **Shubo-kyofu** [١] : وهو متغير من مشابه لاضطراب تشوه الجسم ويتميز بالخوف المفرط من وجود تشوه جسدي .

٦. الكورال : وتشير إلى حلقة من القلق المفاجئ والمكثف مع القضيب (أو الفرج ، أوالحلمات في الإناث) والاعتقاد بالخطأ - لدى الحالة - بأنها سوف تنحسر في الجسم ، مما قد يؤدي إلى الموت .

وتتميز بالخوف من وجود رائحة الجسم المجومية (أيضاً يطلق عليها متلازمة إشارة حاسة الشم) . وينطبق هذا التصنيف على الوسواس القهري غير المحدد ، والذى يشمل الأعراض المميزة للاضطرابات ذات الصلة التي تسبب الضيق السريري أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من أداء سلبي يسود ولكن لا يفي بالمعايير الكاملة عن أي من اضطرابات الوسواس القهري ، والمتعلقة فئة التشخيص . وغير المحددة بالوسواس القهري ، والاضطرابات التي لا يتمكن الطبيب من تحديد سبب محدد لمعايير لم يتم الوفاء بها والمرتبطة باضطراب الوسواس القهري ، ويشمل العروض التي تتوفر فيها معلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

إضطرابات الصدمة / والاضطرابات المتصلة بالضغوطات وتشمل -Strgssor rglaigd الاضطرابات التي يتم التعرض لها ، وتشمل الحدث الصادم أو المجهد بصورة صريحة وواضحة كمعيار مناسب للتشخيص . ويشمل ذلك رد الفعل نحو اضطراب

(١) انظر معجم المفاهيم الثقافية للاستغاثة ، في الملحق نهاية الفصل الخامس .

التعلق ، واضطراب جرأة المشاركة الاجتماعية ، واضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) ، واضطراب الإجهاد الحاد ، واضطرابات التكيف . والذى يعكس العلاقة الوثيقة بين هذه التشخيصات والاضطرابات المتصلة بإضطرابات القلق ، واضطرابات الوسواس القهري ذات الصلة ، والاضطرابات الفصامية .

المعاناة النفسية بعد التعرض لحدث صادم أو 'مجهد : وفي بعض الحالات ، فإن الأعراض يمكن أن 'تشخص جيدا داخل القلق أو الخوف المستند مع السياق . ومن الواضح ، مع ذلك ، أن العديد من الأفراد الذين تعرضوا لصدمة أو حدث 'مجهد ، قد يحمل النمط الظاهري ، بدلا من القلق أو أعراض الخوف القائم على الخصائص السريرية ، ومن أهم أعراضه أبرز أعراضه فقد المتعة والانزعاج ، مع أعراض الغضب والعدوانية ، أو ظهور أعراض فصامية . وبسبب هذه التعبيرات المتغيرة فى الشدة السريرية ، وذلك عقب التعرض لكارثة ، وتم تجميع الاضطرابات المذكورة آنفا تحت فئة منفصلة : الصدمة والاضطرابات المرتبطة بالضغوطات .

وعلاوة على ذلك ، فإنه ليس من غير المألوف للصورة السريرية ، أن تشمل مزيج من الأعراض المذكورة أعلاه (مع أو بدون القلق / أو مع أعراض الخوف القائم) . ومنذ فترة طويلة تم الاعتراف بمثل هذه الصورة غير المتجانسة في اضطرابات التكيف . وقد تعود تلك الاضطرابات إلى الإهمال الاجتماعى ، وغياب الرعاية الكافية أثناء مرحلة الطفولة ، كشرط لتشخيص كل من اضطراب التعلق التفاعلي واضطراب المشاركة الاجتماعية . وعلى الرغم من ذلك ، فإن تلك الاضطرابات تشترك في اثنين من المسببات الأكثر شيوعاً ، ووالتى تتعلق باضطراب الاكتئاب وسحب السلوك ، والذى يشتمل على السلوك الفاضح .

اضطراب مرافق لرد الفعل Reactive Attachment Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F94.1) :

A. نمط ثابت من الكبت ، وسحب السلوك ، ويتضح لدى كل مما يلي : -

١. الطفل (نادرا ما يحصل على الحد الأدنى من الراحة) عندما يشعر بالأسى .

٢. الطفل (نادرا ما يحصل أو يستجيب أو الحد الأدنى للراحة) عندما يشعر بالأسى .

B . الاضطرابات الاجتماعية والعاطفية المستمرة التي تتميز باثنين على الأقل من العناصر التالية : -

١.الاستجابة الاجتماعية والعاطفية فى الحد الأدنى بالنسبة للآخرين .

٢. إيجابية محدودة الأثر .

٣. الحلقات من التهيج غير المبررة ، والحزن ، أو الخوف الغير الواضح ، حتى خلال التفاعلات مع مقدمي الرعاية الكبار .

C . نمطا من الرعاية غير الكافية للأطفال تتضح من واحد على الأقل مما يلي : -

١. الإهمال أو الحرمان الاجتماعى في شكل مستمر من وجود المكونات الأساس العاطفية المحفزة ، والتى يحتاج فيها الطفل لمزيد من الراحة ، والتشجيع ، والمودة من قبل مقدمى الرعاية الكبار .

٢. التغييرات المتكررة لمقدمي الرعاية الأولية ، والتي تحد من فرص توفير الوضع المستقر (على سبيل المثال ، التغييرات المتكررة في دور الرعاية) .

٣. الإعدادات غير العادية التي تحد بشدة من فرص تشكيل مرفقات انتقائية (على سبيل المثال ، مع زيادة نسب مؤسسات رعاية الطفل) .

D . يفترض أن الرعاية في المعيار C يكون مسؤولا عن السلوك المضطرب في A (وعلى سبيل المثال ، تبدأ الاضطرابات في المعيار A التالي لعدم وجود الرعاية الكافية في المعيار C) .

E . معايير اضطراب طيف التوحد .

F . يتضح الاضطراب قبل سن ٥ سنوات .

G . يبدأ سن النمو للطفل من ٩ أشهر على الأقل .

تحديد ما إذا كان :

الثابتة : إذا إستمر الاضطراب الحالي لأكثر من ١٢ شهرا .

تحديد شدة الحالة :

يتم تحديد اضطراب التعلق التفاعلي الشديد ، عندما يسلك الطفل جميع أعراض هذا الاضطراب ، مع كل عرض يظهر عند مستويات مرتفعة نسبياً .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يتضح اضطراب التعلق التفاعلي فى مرحلة الطفولة ، أو في مرحلة الطفولة المبكرة ، وذلك من خلال وجود نمط من السلوكيات المضطربة بشكل ملحوظ ، وغير مناسبة تنمويا لتلك المرحلة ، ونادراً ما يصل فيه الطفل إلى الحد الأدنى التفضيلي ، الذى يحصل فيه على مزيد من الراحة والدعم ، والحماية .

أما الميزة الأساس فهي غائبة أو تعاني من التخلف الشديد بين الطفل والكبار من مقدمى الرعاية المفترضة . ويعانى الأطفال من مرفقات رد الفعل السلبى ، ويعتقد أن هذا الاضطراب لديه القدرة على إنتاج مرفقات انتقائية . ومع ذلك ، فإن هذا التعثر لدى الأطفال ، قد يرجع - فى الأساس إلى أن مقدمى الرعاية أو الحماية ، لا يظهرون الجهد المتسق للحصول على الراحة والدعم والحنو .

علاوة على ذلك ، عندما يشعر الأطفال بالأسى ، حينها تبدأ معاناتهم مع هذا الاضطراب ، والذى لا يستجيب لأكثر من الحد الأدنى من جهود القائمين على رعايتهم . وبالتالي ، ويرتبط هذا الاضطراب مع الغياب المتوقع لتقديم السلوكيات المطمئنة للأطفال . وقد يظهر الأطفال مع ردود الفعل تلك مرفقات تظهر تقلص أو اضطراب التعبير الغائب من المشاعر الإيجابية ، وذلك خلال التفاعلات مع مقدمي الرعاية الروتينية .

وبالإضافة إلى ذلك ، يتم التأثير على سعة تنظيم العاطفة ، وإنهاء عرض الحلقات من المشاعر السلبية من الخوف والحزن ، أو التهيج التي لم يتم تفسيرها بسهول . ولا يجب أن 'يشخص اضطراب التعلق التفاعلي لا لدى الأطفال الذين يعانون من مشكلات طبية تنموية ، كما يجب أن يكون الطفل - عند تشخيصه - في سن النمو من ٩ أشهر على الأقل .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

تشترك مسببات دعم التشخيص مع الإهمال الاجتماعى ، واضطراب التعلق التفاعلي ، والذى غالباً ما تحدث مع تأخر النمو ، وخاصة حالة التأخر في الإدراك واللغة . كما تشمل المميزات الأخرى المرتبطة بالنمطية وغيرها من علامات الإهمال الشديد (وعلى سبيل المثال ، سوء التغذية ، أو علامات سوء الرعاية الصحية) .

معدل الانتشار Prevalence :

إضطراب التعلق التفاعلي هو معروف ، ولكن ينظر إلى أن هذا الاضطراب نادراً نسبياً ، فيما يختص بالعوامل الصحية . وقد وجد أن الأطفال الصغار مع هذا الاضطراب يتعرضون للإهمال الشديد قبل أن يتم وضعهم في دور الحضانة أو في مؤسسات الرعاية الأخرى . ومع ذلك ، وحتى مع السكان من الأطفال المهملين بشدة ، فإن هذا الاضطراب غير شائع ، ولا يحدث إلا في أقل من ١٠٪ من هؤلاء الأطفال المهملين .

دورة نمو الاضطراب Development and Course :

شروط الإهمال غالباً ما تكون موجودة في الأشهر الأولى من حياة الأطفال في تشخيص اضطراب التعلق التفاعلي ، حتى قبل أن يتم تشخيص هذا الاضطراب . أما ملامح الاضطراب السريري ، فهى واضحة بطريقة مماثلة لمن تتراوح أعمارهم بين (٩ أشهر و٥ سنوات) . ومن علامات تلك السلوكيات : الشرود إلى الحد الأدنى ، والإرتباط عاطفيا بالسلوكيات الشاذة الواضحة في الأطفال في جميع أنحاء هذه الفئة العمرية ، وعلى الرغم من أن تلك الإختلافات قد تؤثر على قدراتهم المعرفية والحركية ، وفى طريقة التعبير عن هذه السلوكيات . إلا أنه وبدون تقديم العلاج ، لا يتم التعافي منه ، دون وجود بيئات الرعاية المعيارية ، ويبدو أن علامات هذا الاضطراب قد تستمر ، على الأقل لعدة سنوات .

ومن غير الواضح ما إذا كان اضطراب التعلق التفاعلي يحدث في الأطفال الأكبر سنا ، وإذا كان الأمر كذلك ، فلماذا تختلف الأعراض في الأطفال الصغار DSM-5. وبسبب ذلك يجب أن يتوخى التشخيص الحذر عند إجراء تشخيص للأطفال الأكبر سنا من ٥ سنوات .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : الإهمال الاجتماعي الخطير هو شرط لتشخيص رد الفعل للاضطراب ، ومع ذلك ، فإن غالبية الأطفال يعانوا من إهمال شديد ، قد لا يتطور الفوضى . ويبدو أن التكهن يعتمد على نوعية بيئة الرعاية التالية للإهمال الخطير ، أما القضايا الثقافية المتصلة ، فقد وصفت سلوكيات مماثلة لها في الأطفال الصغار ، عبر مختلف الثقافات في جميع أنحاء العالم .

الآثار الوظيفية للاضطراب .Functional Consequences :

الإضطراب التفاعلي يعوق إلى حد كبير من قدرات الأطفال الصغار لربط البالغين أو الأقران ، كما يترافق مع الاضطراب الوظيفي في العديد من مجالات الطفولة المبكرة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

إضطراب طيف التوحد : السلوكيات الاجتماعية الشاذة الواضح في الأطفال الصغار مع اضطراب التعلق التفاعلي ، 'تعبر أيضاً عن الملامح الرئيسة لاضطراب طيف التوحد . وعلى وجه التحديد ، مع الأطفال الصغار (فى عدم القدرة فن التعبير قلل عن المشاعر الإيجابية والإدراكية واللغوية المتأخرة .

ونتيجة لذلك ، يجب التفريق بين اضطراب التعلق التفاعلي / من اضطراب طيف التوحد . ويمكن تمييز اثنين من هذه الاضطرابات بناء على تاريخها ، وعلى درجة تفريقها لمفهوم (إهمال الطفل) وعلى وجود مصالح مقيدة أو من السلوكيات الشكلية ، ومن درجة العجز الاجتماعى المحدد في الاتصالات ، والسلوكيات الانتقائية . وقد شهد تاريخ الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب كماً من الاهمال الاجتماعى الشديد (ولا ينطبق هذا الشرط على جميع الأطفال مع اضطراب التوحد) ، وعلى الرغم من أنه ليس من الممكن دائما للحصول على تاريخ مفصل حول الطبيعة الدقيقة لتجاربهم ، وخاصة في التقييم الأولي .

كما أن المصالح المقيدة والسلوكيات المتكررة كأحد سمات اضطراب التوحد ليست سمة من سمات اضطراب التعلق التفاعلي . وتظهر هذه المميزات السريرية الالتزام المفرط للطقوس والروتين؛ المقيد ، والتى تركز اهتمامها على ردود الفعل الحسية الحركية غير العادية .

ومع ذلك ، فمن المهم أن نلاحظ أن الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب ، إما حالة يمكن أن تظهر السلوكيات النمطية مثل الهزاز أو الخفقان . وقد يحمل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب مجموعة من الأداء الفكري ، إلا أن هؤلاء يعانون من عاهات انتقائية في السلوكيات الاجتماعية التواصلية ، مثل ضعف

الاتصالات (أي ضعف في التواصل ، والذى يهدف إلى التأثير على سلوك المتلقي) والموجه لهدف الاتصال .

كما يعانى هؤلاء الأطفال من رد الفعل هذا الاضطراب المؤثر على سير التواصلية الاجتماعية ، المماثلة للمستوى العام للأداء الفكري . وأخيرا ، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد يظرون السلوك المنتظم النموذجي لمستوياتهم التنموية . وفي المقابل ، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلق التفاعلي لا يقوموا بتلك السلوكيات السابقة ، إلا نـــادرا أو بصورة غير متسقة ، على كل حال .

الإعاقة الذهنية (إضطراب النمو الفكري) : وترتبط بتأخر في النمو في كثير من الأحيان ، كما يصاحبه اضطراب التعلق التفاعلي ، ولكن لا ينبغي الخلط بينه وبين اضطراب الأطفال الذين يعانون من الإعاقة الذهنية ، وتظهر المهارات الاجتماعية والعاطفية مماثلة لمهاراتهم المعرفية ، وليس فى الحد الذى يتأثر إيجابيا بصعوبات تنظيم العواطف ، والتى تتضح في الأطفال الذين يعانون من اضطراب رد الفعل .

وبالإضافة إلى ذلك ، قد يحث تأخر تنموي للأطفال فى سن ٧-٩ شهور ، ويجب أن تثبت المرفقات الانتقائية (التشخيصات) ذلك بغض النظر عن العمر الزمني . وفي المقابل ، فإن الأطفال الذين يعانون من اضطراب التعلق التفاعلى ، يظهرون عدم الجزم بثبات الحالة ، وذلك على الرغم من بلوغهم سن ٩ أشهر على الأقل .

الاضطرابات الاكتئابية : وترتبط بالاكتئاب عند الأطفال الصغار أيضاً مع تدنى في النواحى الإيجابية المؤثرة . كما أن هناك أدلة محدودة ، تشير إلى أن الأطفال الذين يعانون من اضطراب الاكتئاب يعانون من مشاكل في التواصل الاجتماعى .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الظروف المرتبطة بالإهمال . بما في ذلك التأخر المعرفي ، وتأخير اللغة ، والنمطية ، والتى غالباً ما تتزامن مع اضطراب التعلق التفاعلي . أما الظروف الطبية ، مثل سوء التغذية الحاد ، فقد يصاحب علامات الاضطراب . وتشارك أعراض الاكتئاب كذلك في حدوث اضطراب التعلق التفاعلي .

اضطراب السلوك الجامح في المشاركة الاجتماعية

: Disinhiblted Social Engagement Disorder

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F94.2) :

A . نمط من السلوك الذي يرتبط فيه الطفل بنشاط ، ويتفاعل مع غير المألوفين من البالغين والمتعارض مع اثنين على الأقل من العناصر التالية : -

١.التدنى أو التكتم الغائب في الاقتراب والتفاعل مع الكبار غير المألوفين .

٢. السلوك اللفظي أو الجسدي - على دراية - وبشكل مفرط (وهذا لا يتفق ثقافيا مع العقوبات ومع الحدود الاجتماعية المناسبة للفئة العمرية) .

٣. تقلص / أو غائب من تحقق مقدم الرعاية من الكبار بتلك الإعدادات غير المألوفة .

٤. استعداد لينفجر مندفعاً (صياحاً) مع شخص بالغ غير مألوف ، بدون أي تردد .

السلوكيات في المعيار A لا تقتصر على الاندفاع (كما في نقص الانتباه لفرط النشاط اضطراب) وإنما تشمل السلوك الفاضح اجتماعيا .

C . شهدت التشخصيات نمطاً للطفل نمطا من الرعاية غير الكافية ، والتى تتضح فى واحد على الأقل مما يلي : -

١. الإهمال أو الحرمان الاجتماعى في شكل عدم استمرار وجود الجوانب العاطفية الأساس ، والحاجة لمزيد من الراحة ، والتحفيز ، والمودة ، من قبل جميع مقدمى الرعاية الكبار .

٢. تحد التغييرات المتكررة لمقدمي الرعاية الأولية من فرص التشكيل المستقر للحالة (على سبيل المثال ، التغييرات المتكررة في دور الرعاية) .

٣. طرق إعدادات غير العاديين تحد بشدة من فرص تشكيل الأعراض الإنتقائية .

D . يفترض أن الرعاية في المعيار C تكون مسؤلة عن السلوك المضطرب في كل من :

(على سبيل المثال : بداية الاضطرابات في المعيار A بعد الرعاية المرضية في المعيار C السابق) .

E . الطفل في سن النمو من ٩ أشهر على الأقل .

تحديد ما إذا كانت ثابتة : بدوام الاضطراب الحالي لأكثر من ١٢ شهرا .

تحديد شدة الحالي : يتم تحديد سلوكه الفاضح ، المقترن باضطراب المشاركة الاجتماعية الشديدة للطفل ، مع جميع أعراض هذا الاضطراب ، التى تظهر عند مستويات مرتفعة نسبياً .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة الأساس من سمات اضطراب الجرأة المشاركة الاجتماعية ، كنمط ينطوي على السلوك غير الملائم من الناحية الثقافية ، أو على دراية بشكل السلوك المفرط مع الغرباء (A) . أو ينتهك هذا السلوك المألوف الحدود الاجتماعية والثقافية بشكل مفرط ، كما يجب أن لا يتم تشخيص اضطراب سلوكه إلا من خلال مشاركة أسرية / واجتماعية فعالة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

المسبب الرئيس المشترك هو الإهمال الاجتماعى ، ودرجة المشاركة الاجتماعية ، والذى قد يشارك في حدوث تأخر فى النمو الإدراكي واللغوي ، والنمطي ، وغيرها من علامات الإهمال الشديد ، مثل سوء التغذية أو ضعف الرعاية . ومع ذلك ، فإن علامات هذا الاضطراب غالباً ما تستمر حتى بعد ظهور علامات أخرى من الإهمال .

وبالتالي ، فإنه ليس من غير المألوف بالنسبة لهولاء الأطفال المصابين بهذا الاضطراب المسارعة بتشخيصهم ، رغم عدم وجود علامات حالية من الإهمال . وعلاوة على ذلك ، يمكن تقييم الأطفال الذين لا تظهر لديهم أي علامات على ترتبط بالمختلين . وبالتالي ، اضطراب جرأة المشاركة الاجتماعية ، والتى يمكن أن ينظر إليها للأطفال الذين لديهم تاريخ من الإهمال ، أو الذين يفتقرون إلى الدعم النفسى والاجتماعى من القائمين على رعايتهم ، والتى تتراوح ما بين الانزعاج / إلى الحاجة للتأمين .

معدل الانتشار Prevalence :

إضطراب التعلق الاجتماعى غير المعروف . ومع ذلك ، فإنه يبدو بأن اضطراب نادر ، ويحدث في أقلية من الأطفال ، حتى لأولئك الذين أهملوا بشدة في وقت لاحق ووضعوا في الحضانة ، أو داخل المؤسسات الاجتماعية ، ومثل هذه الفئات أكثر عرضة

لخطر هذا الاضطراب ، وتحدث حالة واحدة فقط لكل حوالي ٢٠ ٪ من الأطفال ، ونادرا ما ينظر معه في العوامل الصحية الأخرى .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

من أهم شروطه الإهمال الاجتماعى ، وغالباً ما يبدأ في الأشهر الأولى من حياة الأطفال مع تشخيص اضطراب جرأة المشاركة الاجتماعية ، وحتى قبل أن يتم تشخيص هذا الاضطراب . ومع ذلك ، فليس هناك أي دليل على أن بداية الإهمال ينم بعد عم السنتين ، ويترافق مع مظاهر الفوضى . وفي حالة حدوث الإهمال المبكر وعلامات الاضطراب تتضح مع المظاهر السريرية للاضطراب ، والتى لا تبدو مستقرة أو معتدلة مع مرور الوقت ، وخاصة إذا استمرت ظروف الإهمال . أما السلوك الاجتماعى العشوائي وعدم التكتم فمن غير المألوف أن يرافق الأطفال في بداية المشي من خلال السلوكيات التي تسعى لجذب الانتباه في مرحلة ما قبل المدرسة .

وعندما تستمر الأعراض في مرحلة الطفولة المتوسطة ، تظهر معها المظاهر السريرية مثل المؤانسة الزائدة عن الحد اللفظي والجسدي ، وكذلك التعبير الزائف عن العواطف . وتظهر مع هؤلاء علامات واضحة خاصة عندما يتفاعل الطفل مع الكبار . أما علاقات الأقران فهى الأكثر تضررا خاصة في مرحلة المراهقة ، ومن خلال السلوك العشوائي والصراعات بينهم ، ولم يتم وصف هذا الاضطراب في البالغين ، وقد يوصف السلوك الفاضح لديهم باضطراب المشاركة الاجتماعية من السنة الثانية من الحياة حتى نهاية فترة المراهقة .

وهناك بعض الاختلافات في مظاهر تلك الأعراض من الطفولة المبكرة حتى نهاية فترة المراهقة . حيث لوحظ أن الأطفال من أصغر الأعمار ، وعبر العديد من الثقافات ، 'يظهرون التكتم عند التعامل مع الغرباء ، كما قد يفشل الأطفال الصغار المصابين بهذا الاضطراب فى إظهار - عدم التردد - في نهج التعامل معه .

كما تتضح أبرز مظاهر اللفظية والتدخل الاجتماعى في مرحلة ما قبل المدرسة ، وكثيراً ما يكون مصحوبا بانتباه الباحثين عن السلوك . كما يستمر تواصل المؤانسة الزائدة عن الحد اللفظي والجسدي فى مرحلة الطفولة الوسطى ، يرافقه تعبيرات زائفة

عن العاطفة . أما في مرحلة المراهقة والعشوائية فيمتد هذا السلوك مع أقرانهم من المراهقين الأصحاء ، وقد يمتد هذا الاضطراب إلى المزيد من العلاقات "السطحية" مع الأقران ، كما تكثر النزاعات بين الأقران . أما مظاهر هذا الاضطراب لدى الكبار فهي غير معروفة DSM-5

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors ،

المخاطر البيئية : الإهمال الاجتماعي خطير ، وهو شرط لتشخيص السلوك الاجتماعي الفاضح ، كما يُعد اضطراب المشاركة كذلك عامل خطر مميز لهذا الاضطراب . ومع ذلك ، فإن غالبية الأطفال المهملين بشدة لا تتطور الفوضى لديهم . كما يجب التفريق بين الأطفال المهملين ، وبين ضعف العصبية الحيوية من الذين لا يتطور معهم هذا الاضطراب .

ومع ذلك ، لم يثبت لديهم وجود صلة واضحة مع أي من العوامل العصبية الحيوية المحددة . كما لا يتم التعرف على هذا الاضطراب في الأطفال الذين يعانون من الإهمال الاجتماعى ، إلا بعد عمر سنتين . ويرتبط قد تستمر الفوضى ، حتى في الأطفال الذين تتحسن لديهم بيئة الرعاية بشكل ملحوظ .

أما المعدلات ، مع جودة الرعاية يتحول الاضطراب إلى حالة معتدلة فى مظاهر الجرأة الاجتماعية واضطراب الاشتباك . ومع ذلك ، وحتى بعد تقديم الرعاية البيئية المعيارية ، تستمر لدي الأطفال بعض علامات من الاضطراب ، وعلى الأقل حتى نهاية فترة المراهقة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis ،

إضطراب نقص الانتباه : ويحدث بسبب الاندفاع الاجتماعي ، والذى يصاحبه - في بعض الأحيان- اضطراب نقص الانتباه (ADHD) ، ومن الضروري أن نفرق بين اثنين من الاضطرابات . الأطفال الذين يعانون من اضطراب سلوكه المشاركة الاجتماعية الفاضح والذى لا تظهر معه صعوبات في الانتباه أو فرط النشاط ، والذى يمكن تمييزه عن اضطراب نقص الانتباه ADHD

الاعتلال المشترك Comorbidity ،

درست بحوث محدودة قضية الاضطرابات المرضية مع الجرأة الاجتماعية ، ومع اضطراب الاشتباك . وذلك من حيث الظروف المرتبطة بالإهمال ، بما في ذلك التأخر

المعرفي ، تأخر اللغة ، والنمطية ، بالإضافة إلى ذلك ، فقد تم تشخيص الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه ADHD والمشاركة الاجتماعية واضطراب السلوك الفاضح المتزامن معهم .

اضطراب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F43.10) :

ملاحظة اضطراب ما بعد الصدمة : تنطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين ، والأطفال الأكبر سنا من (للأطفال من عمر ست سنوات والأصغر من ذلك) ، انظر معايير المشاهدة أدناه وهى :

A . التعرض إلى الموت الفعلي أو التهديد ، أو إصابة خطيرة ، أو العنف الجنسي لواحد (أو أكثر) من الطرق التالية :

١. يعاني مباشرة بحدث صادم .

٢. يشاهد في شخص هذا الحدث ، على غرار ما حدث للآخرين .

٣. يعلم أن الحدث الصادم وقع لأحد أفراد الأسرة المقربين ، أو لصديق قريب . وفي حالات الوفاة الفعلية أو التهديد من أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء ، والحدث يجب أن يكون عنيف أو عرضي .

٤. يعاني من التعرض لتفاصيل صدمة الحدث المتكررة أو الشديدة .

ملاحظة : لا يتم تطبيق المعيار A4 التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية ، التليفزيون ، الأفلام ، أو الصور ، إلا إذا كان هذا التعرض هو عمل ذات صلة بالحدث الصادم .

B . وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية المرتبطة بالحدث الصادم ، والذى يبدأ بعده حدوث ما يلى : -

١. التكرار ، غير الطوعي ، والذكريات المؤلمة التدخلية من الحدث الصادم .

ملاحظة : في الأطفال الأكبر من سن ست سنوات ، قد يتم مجاراة اللعب المتكرر، حول المواضيع التى يتم التعبير فيه عن جوانب من الحدث الصادم .

٢. الأحلام المؤلمة المتكررة التي تحتوى أو تؤثر على الحلم ، والمتعلقة بالحدث الصادم .

ملاحظة : في الأطفال ، قد يكون هناك أحلام مخيفة دون محتوى يمكن إدراكه .

٣. ردود فعل الفصامي (على سبيل المثال ، ذكريات الماضي) والتي يشعر فيها الفرد أو يتصرف كما لو هذا الحدث الصادم يتكرر . (قد تحدث ردود فعل هذه السلسلة بصورة متصلة ، مع التعبير الأكثر تطرفاً له ، كونه يعبر عن فقدان كامل للوعي الحاضر فى المناطق المحيطة به) .

ملاحظة : قد تحدث الصدمة في الأطفال ، تجديدا محدداً في نمط ألعابهم .

٤. الضيق النفسي الشديد ، ولفترات طويلة في التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية ، والتى ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم .

٥. تُعد ردود الفعل الفسيولوجية علامة لمنبهات داخلية أو خارجية ، والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث الصادم .

C . تجنب لمحفزات الثابتة المرتبطة بالحدث الصادم ، والتى تبدأ بعد وقوع الحدث الصادم ، كما يتضح من واحد من الإجراءات التالية أو كليهما : -

١.تجنب ، أو جهود تجنب الذكريات المؤلمة ، والأفكار ، أو المشاعر حول أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم .

٢. تجنب ، أو جهود لتجنب التذكير الخارجي (الناس ، الأماكن ، والأحاديث ، الأنشطة ، والكائنات ، الحالات) والتي تثير الذكريات المؤلمة ، والأفكار ، أو المشاعر المرتبطة عن كثب ، أو المرتبطة بالحدث الصادم .

D . التعديلات السلبية في الادراك ، والحالة المزاجية ، والمخاطر المرتبطة بالحدث الصادم ، والتي وقعت بداية أو بعد تفاقم الحدث الصادم ، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي : -

١. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (بسبب فقدان الذاكرة الفصامي ، وليس إلى عوامل أخرى مثل إصابات الرأس ، والكحول ، أو المخدرات) .

٢. المعتقدات الثابتة المبالغ فيها ، أو التوقعات السلبية حول الذات ، أو العالم المحيط به (على سبيل المثال ، أنا سيئ لا يمكن أن يثق بى أحد ، إن العالم كله خطير ، ويمكن أن يدمر جهازى العصبي بشكل تام) .

٣. الإدراك الثابت المشوه عن سبب أو عواقب مؤلمة نحو الحدث التي يقود الفرد إلى إلقاء اللوم على (نفسه/ نفسها) أو غيرهم .

٤. الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال ، الخوف والرعب ، والغضب ، والشعور بالذنب ، أو الخجل) .

٥. الإحساس بالتضاؤل بشكل ملحوظ ، نحو الاهتمام بالمشاركة في الأنشطة الهامة .

٦. مشاعر تجنبية ، أو قطيعة الآخرين .

٧. عدم القدرة المستمرة لتجربة المشاعر الايجابية على سبيل المثال (عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا ، أو إضفاء مشاعر المحبة) .

E . تغييرات ملحوظة في الإثارة والتفاعل المرتبط بالحدث الصادم ، والذى يبدأ فى التفاقم بعد وقوع الحدث الصادم ، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) مما يلي : -

١.السلوك العصبي ونوبات الغضب (الضئيلة أو معدومة الاستفزاز) إبداء - عادة - العدوان اللفظي أو البدني تجاه الناس أو الأشياء .

٢. السلوك التدميري الذاتي المتهور .

٣. اليقظة الشديدة .

٤. المبالغة في استجابة التعامل .

٥. مشاكل في التركيز .

٦. اضطراب النوم (على سبيل المثال ، صعوبة في النوم أو البقاء نائما أو لا يهدأ) .

F . مدة الاضطراب (معايير B ، C ، D ، E و) هى أكثر من شهر واحد .

G . يسبب الاضطراب ضائقة إكلينيكية مهمة ، تتمثل فى ضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو بعض المجالات الهامة أخرى .

H . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، الأدوية ، والكحول) أو حالة طبية أخرى .

مع أعراض فصامية : أعراض الفرد التى تفي بمعايير ما بعد الصدمة ، واضطراب الإجهاد ، بالإضافة إلى الضغوطات ، والخبرات الفردية ، فإن الأعراض المستمرة أو المتكررة تتضح فيما يلى : -

١. انعدام الشخصية : وتتمثل فى التجارب الثابتة أو المتكررة من الشعور البعيد عن التحكم الداخلى (على سبيل المثال ، الشعور كما لو كان في المنام ؛ والشعور غير الواقعي بالنفس أو الجسم ، أو أن الساعة تتحرك ببطء) .

٢. الغربة عن الواقع : التجارب الثابتة أو المتكررة غير الواقعية من البيئة المحيطة (على سبيل المثال ، هى من ذوي الخبرة والعالم المحيط بالفرد يراه بصورة غير واقعية ، كما لو كان نائماً ، أو بعيد ، أو مشوهاً) .

ملاحظة : استخدام هذا النوع الفرعي ، يجب ألا يشير إلى أعراض فصامية تُعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل انقطاع التواصل ، أو إلى السلوك أثناء حالة تسمم بالكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، النوبات الجزئية المعقدة) .

تحديد ما إذا كان :

مع تأخر التعبير : إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل حتى ٦ أشهر على الأقل بعد وقوع الحدث (على الرغم من ظهور المؤشرت عن بعض الأعراض ، والتى قد تكون فورية) . ويبدأ اضطراب ما بعد الصدمة للأطفال من عمر ٦ سنوات ، وقد يعانى منه الأصغر سنا من ذلك ، كما قد يتعرضوا للموت الفعلي أو التهديد ، بإصابة خطيرة ، أو العنف الجنسي في واحد (أو أكثر) من الطرق التالية : -

١. المعاناه مباشرة من الحدث الصادم .

٢. أن يشاهد هذا الحدث ، في شخص آخر ، وعلى غرار ما حدث لهم ، وخاصة تجاه مقدمي الرعاية الأولية (الوالدين مثلاً) .

ملاحظة : المشاهدة لا تشمل فقط / الأحداث التي تشاهد فقط في وسائل الإعلام الإلكترونية ، التلفزيون ، والأفلام ، أو الصور .

٣. العلم بأن الحدث الصادم وقع لأحد الوالدين ، أو مقدم الرعاية (قد يكون الأخ ، الأقارب ..) .

B . وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية الاقتحام المرتبطة الحدث الصادم ، وتبدأ بعد الحدث الصادم حدث :

١. الأحداث المتكررة ، وغير الطوعية ، والذكريات المؤلمة التدخلية مع الصدمة ، أو الحدث .

ملاحظة : قد لا تظهر الذكريات العفوية والمتطفلة بالضرورة مؤلمة ، إلا أنه يمكن التعبير عنها فى شكل اللعب تحديدا .

٢. الأحلام المؤلمة المتكررة التي تتعلق بالحدث الصادم .

ملاحظة : قد لا يكون من الممكن التأكد من أن المحتوى المخيف يتعلق بالحدث الصادم .

٣. ردود الفعل الفصامية (على سبيل المثال ، ذكريات الماضي) حيث يشعر الطفل أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم قد تم تكراره . (قد تحدث ردود الفعل على هذه السلسلة المتصلة ، مع التعبير الأكثر تطرفا عن فقدان كامل للوعي فى محيطها) وكما سبق قد تحدث مثل هذه الصدمة تحديدا في اللعب .

٤. الضيق النفسي الشديد أو لفترات طويلة في التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية ، والتي ترمز أو تشبه جانبا من الحدث الصادم .

٥. ردود الفعل الفسيولوجية الملحوظة ، التى تذكر بالحدث الصادم . وواحد (أو أكثر) من الأعراض التالية ، التي تمثل إما تجنب استمرار المحفزات المرتبطة بالحدث الصادم أو تغييرات سلبية في الإدراك والمزاج المرتبطة بالحدث الصادم ، ويجب أن تبدأ بعد الحدث أو تتفاقم بعد وقوع الحدث : ويجب تجنب استمرار المحفزات التالية : -

١. تجنب الأنشطة ، الأماكن ، المادية التى تذكر بالحدث ، أو التي تثير ذكريات الحدث الصادم .

٢. تجنب الناس ، والأحاديث ، أو الحالات الشخصية التي تثير ذكريات الحدث الصادم .

٣. حدوث زيادة كبيرة متواترة فى الحالات العاطفية السلبية (على سبيل المثال ، الخوف ، والشعور بالذنب ، الحزن والخجل والارتباك) .

٤. تضاؤل الفائدة بشكل ملحوظ أو نـدرة المـشاركة في الأنـشطة الهامـة ، بمـا في ذلـك خفض لعبهم .
٥. سحب السلوك الاجتماعي .
٦. الانخفاض المستمر في التعبير عن العواطف الإيجابية .

D . التعديلات في الإثارة والتفاعل المرتبط بالحدث الصادم ، والذى يبدأ أو يتفاقم بعد الحدث الصادم ، كما يتضح من اثنين (أو أكثر) من ما يلي : -

١.الـسلوك العـصبي ونوبـات الغـضب (سـواء الـضئيل ، أو معـدوم الاستفزاز) ويعرب عنه عادة ، كما العدوان اللفظي أو الجسدي تجاه الأشخاص أو الأشياء (بما في ذلك نوبات الغضب الشديد) .
٢. اليقظة الشديدة .
٣. المبالغة في الاستجابة .
٤. مشاكل في التركيز .
٥. اضطراب النوم (على سبيل المثال ، صـعوبة في النـوم أو البقـاء نائمـا أو لا يهدأ) .

E . مـدة الاضـطراب أكثـر مـن شـهر واحـد . ويمكـن أن يـسبب الاضـطراب ضـائقة إكلينيكية مهمة أو ضعف في العلاقات مع الآباء والأمهات والأشقاء والأقـران ، أو غيرهم من مقدمي الرعاية أو مع السلوك المدرسى .

G . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، الأدويـة أو الكحـول) أو حالة طبية أخرى .

تحديد ما إذا كان :

مع أعراض فـصامية : تفـي الأعـراض الفـصامية بمعـايير مـا بعـد الإجهـاد مـن اضطراب الصدمة ، بتلك الأعراض المستمرة أو المتكررة من أي مما يلي : -

١. انعدام الشخصية : التجارب الثابتة أو المتكررة من الشعور البعيد عن الواقع ، كما لو كان الفرد مراقب من الخارج (وعلى سبيل المثال الشعور الذهنى ، كمـا لـو كـان الفرد نائماً ؛ والشعور غير الواقعي من النفس أو الجسم ، بأن الساعة تتحرك ببطء) .

٢. الغربة عن الواقع : وتحدث نتيجة التجارب الثابتة أو المتكررة غير الواقعية من البيئة المحيطة (على سبيل المثال ، من العالم المحيط حول الفرد ، والتهيؤات غير الواقعية البعيدة ، أو المشوهة كما في المنام) .

ملاحظة : لاستخدام هذا النوع الفرعي ، يجب ألا تكون الأعراض الفصامية ُتعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل انقطاع التواصل) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، النوبات الجزئية المعقدة) .

تحديد ما إذا كان :

مع تأخر التعبير : إذا لم يتم استيفاء معايير التشخيص الكامل ، حتى على الأقل بعد ستة أشهر من الحدث (على الرغم من ذلك ، يجوز ظهور التعبير عن بعض الأعراض بصورة فورية) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو تطوير الأعراض المميزة للإضطراب، وذلك عقب التعرض لواحد أو أكثر من الأحداث المؤلمة . أما ردود الفعل العاطفية تجاه الحدث الصادم (على سبيل المثال ، فهو الخوف ، والعجز والرعب) والذى لا يُعد جزءاً من المعيار (A) السريري من اضطراب ما بعد الصدمة المختلف .

وفي بعض الأفراد ، قد تسود أعراض نفسية ، وسلوكية . في حالات أخرى ، مثل المزاج المنزعج والإدراك السلبي ، والذى قد يكون أكثر إيلاماً لدى بعض الأفراد الآخرين وتظل الأعراض الخارجية هي البارزة كرد فعل للحدث الصادم ، بينما في بعض الآخرين ، قد تسود الأعراض الفصامية . وأخيرا ، قد تظهر تركيبات من أنماط هذه الأعراض لدى بعض الأفراد .

وفي المعيار (A) فإن الأحداث المؤلمة ، مع ذوي الخبرة المباشرة ولكنها لا تقتصر ، والتعرض لحرب كمقاتل أو المدنية ، للتهديد أو الاعتداء الجسدي الفعلي (على سبيل المثال ، الاعتداء الجسدي والسطو والسرقة ، الاعتداء الجسدي) والتهديد الفعلي للأطفال ، أو العنف الجنسي (مثل الإيلاج القسري ، وتعاطى الكحوليات، والإختراق الجنسي ، المرتبط بالمخدرات ، الاتصال الجنسي المسيئ ، والاعتداء الجنسي) ويمكن أن تشمل تلك الأحداث تجارب جنسية غير لائقة تنمويا مثل العنف

أو حتى الإصابة . وهناك شرط طبي للأمراض المنهكة التي تهدد الحياة ، والتي لا تعد بالضرورة حدثاً أليماً . وتشمل الحوادث الطبية التي تؤهله إلى الأحداث المؤلمة والمفاجئة ، وحتى إلى الأحداث الكارثية (على سبيل المثال ، الاستيقاظ أثناء عملية جراحية ، أو صدمة الحساسية) .

ولكن لا تقتصر الأحداث التي شهدها على المراقبة والتهديد ، أو إحداث إصابة خطيرة ، أو الوفاة غير الطبيعية أو المادية ، أو الاعتداء الجنسي على شخص آخر ، أو العنف والحوادث والحروب أو الكوارث ، أو كارثة طبية في طفل واحد (على سبيل المثال ، وهو نزف يهدد الحياة) . التعرض غير المباشر لحدث غير محدودة للتجارب التي تؤثر على الأقارب أو الأصدقاء ، أو الخبرات التي تتسم بالعنف ، أو العنف العرضي (على سبيل المثال ، أو الموت نتيجة لأسباب طبيعية) . وتشمل مثل هذه الأحداث العنيفة الشخصية الاعتداء ، والانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، والحوادث الخطيرة ، والإصابات الخطيرة . لهذا الاضطراب ، قد تكون حادة أو طويلة الأمد ، مع الضغوطات الشخصية المتعمدة (على سبيل المثال ، التعذيب ، والعنف الجنسي) .

ويمكن إعادة خبرة الحدث الصادم بطرق مختلفة : فالفرد لديه خلفية أحداث متكررة ، وغير طوعية ، وذكريات اقتحامية ، والتي تتميز بذكريات اضطراب ما بعد الصدمة ، بكل ما تشمله ، من الذكريات المؤلمة وغير الطوعية ، والذى ينصب على التركيز المتكرر على ذكريات الحدث ، والتي تشمل عادة المكونات الحسية والحركية والعاطفية والسلوكية أو الفسيولوجية .

أما الأعراض الأكثر شيوعاً فهى الأحلام المؤلمة التي ارتبطت بالحدث نفسه ، أو التي ذات الصلة موضوعيا بالتهديدات الرئيسة المشاركة في الحدث الصادم (B2) .

وقد يواجه الفرد الدور الفصامي ، والذى يستمر (من بضع ثوان إلى عدة ساعات أو حتى أيام) ، وخلالها قد يتصرف الفرد كما لو أن الحدث قد بدأ في تلك اللحظة (B3) . وتحدث تلك الأحداث من خلال سلسلة متصلة وجيزة من الحسية الحركية البصرية أو غيرها من اقتحام جزء من الحدث الصادم ، دون فقدان توجه الواقع ، لاستكمال فقدان الوعي فى محيط الفرد .

وغالباً ما يشار لهذه الحلقات ، باسم "ذكريات الماضي" وهي قصيرة عادة ، ولكن يمكن أن تترافق مع الاكتئاب المطول ، ورفع مستوى الاستثارة . للأطفال الصغار ، وقد تظهر تجديدا للأحداث المتعلقة بالصدمة في اللعب أو في الدور الفصامي . والتى تتضح مع ضيق نفسى شديد (B4) أو عبر تفاعل فسيولوجي (B5) والذى يحدث في كثير من الأحيان عندما يتعرض الفرد لتحريك الأحداث التي تشبه أو ترمز جانبا من الحدث الصادم (على سبيل المثال ، يوم عاصف بعد إعصار ؛ رؤية شخص يشبه الجاني) . ويمكن أن تكون بدنية الإحساس (على سبيل المثال ، الدوخة للناجين من صدمات الرأس ؛ سرعة ضربات القلب للأطفال المصابين بصدمات نفسية) ، لا سيما بالنسبة للأفراد مع العروض الجسدية للغاية . والمحفزات المستمرة المرتبطة بالصدمة (على سبيل المثال ، دائما / أو دائما تقريبا) .

وعادة ما يجهل الفرد الجهود المتعمدة لتجنب الأفكار والذكريات ، والمشاعر ، أو الحديث عن الحدث الصادم (على سبيل المثال ، باستخدام تقنيات إلهاء لتجنب التذكير الداخلي بالحدث الصادم) ، وتجنب الأنشطة ، والحالات ، أو الناس الذي يثيرون ذكريات عن الحدث الصادم (وفاة شخص عزيز مثلاً) (C2) .

أما التغييرات السلبية في الإدراك أو المزاج المرتبطة مع الحدث ، فتبدأ أو تزداد سوءا بعد التعرض لهذا الحدث . ويمكن لهذه التعديلات السلبية أن تتخذ أشكالا مختلفة ، بما في ذلك عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم ؛ مثل فقدان الذاكرة والذى يحدث عادة نظرا لفقدان الذاكرة الفصامي ، وليس بسبب إصابة في الرأس ، والكحول ، أو المخدرات (DL) .

شكل آخر من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو استمرار (أي دائما / أو تقريبا / أو مبالغاً فيه) نحو التوقعات السلبية بشأن جوانب هامة من الحياة يطبقها على نفسه ، أو في المستقبل (على سبيل المثال ، " لقد كنت دائما سيئ الحكم على الأشياء والمواقف ؛ "الناس لا يمكن الوثوق بها") كما قد يُظهر تغير سلبي في تصور الهوية منذ حدوث الصدمة (وعلى سبيل المثال ، لا أستطيع أن أثق بأحد فى أي وقت مرة أخرى) .

(D2) . وقد يستمر الإدراك الخاطئ للأفراد مع اضطراب ما بعد الصدمة ، كما قد تؤدى أسباب الحدث الصادم بهم إلى لوم أنفسهم أو غيرهم ، (على سبيل المثال ، يرى أن كل الأمور خطأ) .

(**D3**) . سلبية المزاج المستمرة (على سبيل المثال ، الخوف والرعب والغضب والشعور بالذنب والعار) ومع البدء فقد تزداد سوءا بعد التعرض إلى حدث صادم .

(**D4**) . قد تواجه الفرد الفائدة تقلصات بشكل ملحوظ أو ضعف فى المشاركة في الأنشطة التى كانوا يتمتعون بها سابقا .

(**D5**) . الشعور المنفصلة أو المبعد عن غيره من الناس .

(**D6**) . عدم القدرة المستمرة ، ووهن فى المشاعر الإيجابية (وخاصة السعادة والفرح والارتياح ، أو العواطف المرتبطة الحميمية ، والحنان ، والنشاط الجنسي) .

(**D7**) . الأفراد مع أضطراب ما بعد الصدمة قد يخفوا بسرعة ، بل وربما قد ينخرطوا في السلوك العدواني ، والسلوك اللفظي أو المادي الضئيل أو معدوم الاستفزاز (على سبيل المثال ، يصرخ في الناس ، والدخول في خناقات ، وتدمير الأشياء).

(**E1**) . وقد ينخرطون أيضاً في السلوك المتهور أو سلوك مثل القيادة الخطرة ، أو الإفراط في شرب الخمر أو تعاطي المخدرات ، أو السلوك الانتحارى (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

(**E2**) . غالباً ما يتميز اضطراب ما بعد الصدمة باشتداد الحساسية للتهديدات المحتملة ، بما في ذلك تلك التي تتعلق بتجربة مؤلمة (على سبيل المثال ، في أعقاب حادث سيارة ، ويجري حساسية خاصة بالتهديد المحتمل التي تسببها سيارات أو شاحنات) وتلك التي لا تتعلق بالحدث الصادم (على سبيل المثال ، يجري خوفا من تعرضه لنوبة قلبية) .

(**E3**) . الأفراد مع اضطراب ما بعد الصدمة قد يكون رد الفعل لديهم غير متوقع جدا للمحفزات ، وعرض الاستجابة ، وقد يقفز ، لضوضاء صاخبة أو حركات غير متوقعة (مثل القفز بشكل ملحوظ في استجابة لرنين الهاتف) .

(**E4**) . صعوبة في التركيز ، بما في ذلك صعوبة في تذكر الأحداث اليومية (على سبيل المثال ، نسيان رقم هاتف واحد) أو حضور لمهام ضرورية (على سبيل المثال ، في أعقاب محادثة لفترة طويلة من الزمن) .

(**E5**) . مشاكل مع بداية النوم وصيانة شائعة ويمكن أن تترافق مع الكوابيس ومخاوف تتعلق بالسلامة أو مع الإثارة المرتفعة المعممة التى قد تتداخل مع النوم العميق .

(E6) . بعض الأفراد أيضاً يعانون من أعراض فصامية مستمرة مثل (انعدام الشخصية) أو فقدان للعالم من حولهم (الغربة عن الواقع) ؛ وينطبق هذا " مع الأعراض الفصامية " المحددة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

قد يحدث انحدار تنموي مثل فقدان اللغة عند الأطفال الصغار ، وشبه هلوسة سمعية ، مثل وجود تجربة سمعية حسية ، واحد الأفكار التي قيلت في واحد أو أكثر الأصوات المختلفة ، وكذلك التفكير بجنون العظمة ، والتي يمكن أن تكون متاحة . كما تؤثر بعض الأحداث الصادمة المتكررة ، والحادة لفترات طويلة (على سبيل المثال ، الاعتداء فى الطفولة ، والتعذيب) بالإضافة إلى ذلك الفرد قد تواجهه صعوبات في تنظيم العواطف أو الحفاظ على علاقات مستقرة مع الأشخاص ، أو ظهور أعراض فصامية . وقد تظهر الصدمة نتيجة حدث الموت العنيف ، أعراض كل من الفجيعة الإشكالية ، بالتوازى مع اضطرابات ما بعد الصدمة .

معدل الانتشار Prevalence :

في الولايات المتحدة ، - مثلاً - من المتوقع استمرار خطر اضطرابات ما بعد الصدمة مدى الحياة باستخدام معايير DSM-IV وذلك في سن (٧٥ عاما بنسبة ٨,٧٪.) وبمعدل انتشار (اثني عشر شهرا) أما بين البالغين في الولايات المتحدة فهى حوالي ٣,٥ ٪ . وهى تقديرات أقل مما يوجد في أوروبا ومعظم آسيا وأفريقيا ، ودول أمريكا اللاتينية ، وبصورة مجمعة حوالي ٠,٥ ٪ .٦ ٪ .

وعلى الرغم من المجموعات البشرية المختلفة لديهم مستويات مختلفة من التعرض لصدمة الأحداث ، والاحتمال الشرطي لاضطراب ما بعد الصدمة ، حتى فى الدول النامية ، فإن لديها مستوى مماثل من التعرض لهذا الاضطراب ، إلا أنها قد تختلف أيضاً عبر المجموعات الثقافية .

كما أن معدلات اضطرابات ما بعد الصدمة أعلى بين قدامى المحاربين ، وغيرهم ممن يزيد من خطر التعرض للصدمة (على سبيل المثال ، والشرطة ، ورجال الإطفاء ، أفراد الخدمات الطبية الطارئة) . أما أعلى المعدلات (فتتراوح من ثلث إلى أكثر من نصف من أولئك الذين يتعرضون لاضطراب ما بعد الصدمة) ، والتي تتواجد

كذلك بين الناجين من الاغتصاب ، والمعارك العسكرية والأسر العرقي أو السياسي ، ودوافع الاعتقال والإبادة الجماعية .

كما أن أما معدل انتشار اضطراب ما بعد الصدمة قد يختلف عبر التنمية ، والأطفال والمراهقين ، بما في ذلك الأطفال قبل سن المدرسة ، وعموما ، فإن أقل معدل للانتشار بعد التعرض لصدمة خطيرة ، تكون أقل بين كبار السن مقارنة مع عامة السكان ، وليس هناك دليل على أن كل صغار السن هم أكثر شيوعاً مع اضطرابات ما بعد الصدمة الكاملة في الحياة في وقت لاحق ، إلا أن هذه الأعراض قد ترتبط بانخفاض القيمة السريرية الكبيرة .

أما المقارنة مع البيض غير اللاتينيين فى الولايات المتحدة ، فقد تم الإبلاغ عن ارتفاع معدلات اضطرابات ما بعد الصدمة بين اللاتينيين فى الولايات المتحدة ، والأمريكيين من أصل أفريقي ، كما تم الإبلاغ عن معدلات مرتفعة مع الهنود الحمر ، ونسب أقل بين الأميركيين الآسيويين ، بعد تعديل التعرض للصدمة وفقاً للمتغيرات الديموجرافية .

التنمية والدورة Development and Course :

يمكن أن يحدث اضطراب ما بعد الصدمة في أي سن ، والذى يبدأ بعد السنة الأولى من العمر ، وتبدأ الأعراض عادة في أول ثلاثة أشهر بعد الصدمة ، وعلى الرغم من أنه قد يكون هناك تأخير لعدة لأشهر أخرى ، أو حتى سنوات ، قبل أن تكتمل معايير التشخيص .

وهناك أدلة وفيرة على ما دعا إليه الدليل التشخيصى الرابع DSM-IV من استخدام لفظ " تأخر " ولكن الآن (DSM-5) 'يسمى " تأخر التعبير " ، مع الاعتراف أن بعض الأعراض عادة تظهر على الفور وأن البعض الآخر قد يتأخر لديهم ظهور المعايير الكاملة .

وفي كثير من الأحيان ، يكون رد فعل الفرد للصدمة ينشأ في البداية ، ثم يلتقي مع معايير الإجهاد الحاد ،وإضطراب ما بعد الصدمة . أما أعراض اضطراب ما بعد الصدمة فهى نسبية ، وتغلب عليها أعراض مختلفة قد تختفى مع مرور الوقت . أما مدة الأعراض فتختلف أيضاً ، مع الانتعاش الكامل في غضون ثلاثة أشهر ، ويحدث هذا

الاضطراب في حوالي نصف عدد البالغين ، في حين لا تزال هناك بعض الأفراد الذين يواجهون أعراض لمدة أطول من ١٢ شهراً ، وفي بعض الأحيان قد يمتد لأكثر من ٥٠ عاما . وقد تحدث أعراض تكرار وتكثيف في استجابة التذكير بالصدمة الأصلية ، كما تُسهم فيها كذلك ضغوطات الحياة الجارية ، أو من ذوي الخبرة الحديثة من الأحداث المؤلمة .

وقد يحدث لدى الأفراد الأكبر سنا ، تراجع فى الصحة ، وتدهور فى الوظائف الإدراكية ، والعزلة الاجتماعية ، وهو ما قد يؤدي إلى تفاقم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة .

التعبير السريري لإعادة المعاناة يمكن أن يختلف في درجة نموها : فقد يقررالأطفال الصغار بداية جديدة مع أحلام مخيفة دون محتوى محدد للحدث الصادم . أما أطفال ما قبل (سن ٦ سنوات) (انظر معايير سلالة ما قبل المدرسة) ، فهم أكثر عرضة للتعبير عن المعاناه بالأعراض من خلال اللعب ، والذي يشير بشكل مباشر أو رمزي للصدمة . وقد لا يظهرون ردود الفعل خوفا من وقت التعرض أو أثناء إعادة المعاناه . وقد يُسهم الآباء فى نقل مجموعة واسعة من التغيرات العاطفية أو السلوكية إلى الشباب والأطفال . وقد يركز الأطفال على تلك التدخلات المتصوره في لعبهم ، ويرجع ذلك إلى أن الشباب أكثر تحرراً ، وأقل قيداً من الأطفال في التعبير عن الأفكار أو المشاعر ، أما التعديلات السلبية في المـــــزاج أو الإدراك فتميل إلى إشراك أساس فى تغيرات المزاج .

وقد يتعرض الأطفال للصدمات المشتركة (على سبيل المثال ، الاعتداء الجسدي ، العنف المنزلي) والظروف المزمنة ،التى قد لا تكون قادرة على تحديد بداية الأعراض . كما قد يترافق ذلك السلوك الانطوائية مع اللعب المقيد أو السلوك الاستكشافي لدى الأطفال الصغار؛ وانخفاض المشاركة في أنشطة الأطفال الجديدة في سن المدرسة ، أو عدم الرغبة في اقتناص الفرص التنموية لدى المراهقين .

وقد يتبنى المراهقين معتقدات يتم تغييرها بطرق تجعلها غير مرغوب فيها اجتماعيا (على سبيل المثال ، الآن لن يصلح لى أن . .) مع فقد تطلعاتهم نحو المستقبل .

أما السلوك العصبي أو العدواني لدى الأطفال والمراهقين فيمكن أن يتداخل مع علاقات الأقران ومع السلوك المدرسي . وقد يؤدي السلوك المتهور لإصابة عرضية إلى النفس أو إلى الآخرين ، وإلتماس التشوق إلى السلوكيات عالية المخاطر .

أما الأفراد - الأكبر سنا في مرحلة البلوغ - الذين لا زالوا يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة فقد أعربوا عن عدد أقل من أعراض فرط التيقظ ، والسلبية اضطراب المزاج مقارنة مع البالغين الأصغر سنا مع اضطراب ما بعد الصدمة ، وعلى الرغم من أن البالغين يتعرضون لأحداث صادمة أثناء الحياة في وقت لاحق ، وقد تظهر لديهم أعراض أكثر تجنباً ، وفرط التيقظ ، ومشاكل النوم ، ونوبات البكاء ، عنها من البالغين الأصغر سنا الذين لا يتعرضون لنفس الأحداث المؤلمة . وقد يرتبط هذا الاضطراب في الأفراد الأكبر سنا ، مع السلبية ، والتصورات الصحية ، واستخدام الرعاية الصحية الأولية ، والتفكير في الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

تنقسم المخاطر (وقائية) عموما إلى عوامل ما بعد الصدمة ، وذلك على النحو التالي :

المخاطر المزاجية : وتشمل المشاكل العاطفية في مرحلة الطفولة قبل سن ٦ سنوات (على سبيل المثال ، قبل التعرض للصدمة / أو خارجيا المتعلقة بمشاكل القلق) والاضطرابات النفسية السابقة (على سبيل المثال ،إضطرابات الهلع ، اضطراب الاكتئاب ، اضطراب ما بعد الصدمة ، أو الوسواس القهري [الوسواس القهري]) .

المخاطر البيئية : وتشمل الحالة الاجتماعية والاقتصادية الدنيا (الفقيرة) ؛ مستوى تعليم أقل ؛ التعرض للصدمة السابقة (وخاصة خلال مرحلة الطفولة)؛ شدائد الطفولة (على سبيل المثال ، الحرمان الاقتصادي ،الأسرة ، وانفصال الوالدين ، أو الوفاة)؛

الخصائص الثقافية : (على سبيل المثال ، استراتيجيات المواجهة - لوم النفس) ، وانخفاض الذكاء؛ أقلية الوضع العرقي ؛ وتاريخ الطب النفسي العائلى . الدعم الاجتماعى الواقى قبل التعرض للحدث هو والصادم .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : وتشمل الجنس والعمر الأصغر سنا في وقت التعرض للصدمة (البالغين) . وبعض التراكيب الوراثية قد تكون إما وقائية أو تزيد من خطر اضطراب ما بعد الصدمة بعد التعرض لأحداث صادمة .

المخاطر البيئية : وتشمل هذه الشدة (حجم الجرعة) من الصدمة (كلما زاد حجم من الصدمة ، زادت احتمالات اضطراب ما بعد الصدمة) ، وينظر إلى تهديد الحياة أو الإصابة الشخصية ، والتعامل العنيف مع الآخرين (خاصة الصدمة من قبل مقدم الرعاية أو التي تنطوي على مشهد تهديد لمقدمي رعاية الأطفال) ، وبالنسبة للأفراد العسكريين ، كونه يشهد فظائع الحروب ، أو قتل العدو . وأخيرا ، التفكك الذي يحدث أثناء الصدمة والذى قد يستمر بعد ذلك كأحد عوامل الخطر .

عوامل ما بعد الصدمة :

المخاطر المزاجية : وتشمل التقييمات السلبية ، واستراتيجيات المواجهة غير الملائمة ، وتنمية اضطرابات نفسية حادة .

المخاطر البيئية : وتشمل التعرض اللاحق للتذكير المزعج المتكرر ، اللاحق لأحداث الحياة السلبية ، والخسائر المرتبطة بالصدمة المالية أو غيرها . الدعم الاجتماعى (بما في ذلك الاستقرار الأسري للأطفال) والذى يمثل عامل الحماية لنتائج ما بعد الصدمة .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافي Culture-Related Diagnostic issues :

خطر ظهور اضطراب شدة ما بعد الصدمة ، قد يختلف بين المجموعات الثقافية نتيجة الاختلاف في نوع من التعرض الصدمة (على سبيل المثال ، الإبادة الجماعية) ، تؤثر بشدة على هذا الاضطراب كمعنى لحدث صادم (على سبيل المثال ، عدم القدرة على أداء الشعائر الجنائزية بعد القتل الجماعي) ، والسياق الاجتماعى والثقافي المستمر (على سبيل المثال ، الجانى يقيم بين الناس بلا عقاب في أعقاب ما بعد النزاع) ، والعوامل الثقافية الأخرى (على سبيل المثال ، الإجهاد لدى المهاجرين من دول أخرى) . الخطر النسبي لاضطراب ما بعد الصدمة من التعرض لحدث معين (على سبيل المثال ، الاضطهاد الديني) وقد يختلف بين المجموعات الثقافية . أما التعبير السريري للأعراض لدى المجموعات مع اضطراب ما بعد الصدمة فقد تختلف ثقافيا ، لا سيما فيما يتعلق بأعراض الذهول ، والأحلام المزعجة ، والأعراض الجسدية (مثل الدوخة ، وضيق في التنفس) .

متلازمات التعابير الثقافية : من تلك الضائقة تؤثر في التعبير عن اضطراب ما بعد الصدمة ، ولمجموعة من الاضطرابات المرضية في الثقافات المختلفة من خلال توفير القوالب السلوكية والمعرفية التي تصل إلى أعراض محددة ، عقب التعرض لصدمة (على سبيل المثال ، حالة من هجوم الذعر قد تكون الأعراض البارزة في اضطراب ما بعد الصدمة بين الكمبوديين وأميركا اللاتينية ، من التعرض للصدمة ومنها (هجمات خيالية مثل الذعر والاعتداء ، التوتر) . أما التقييم الشامل لتلك التعبيرات المحلية من اضطرابات ما بعد الصدمة فينبغي أن تشمل التقييم الثقافي لمفاهيم الشدة (انظر الفصل " صياغة الثقافية " في القسم الثالث) .

قضايا التشخيص المتعلقة بنوع الجنس

Gender-Related Diagnostic issues

أكثر معدلات انتشار اضطراب ما بعد الصدمة / هو بين الإناث عنها بين الذكور في نفس الفئات العمرية ، كما أن لدى الإناث - عموما - مع تجربة مدة أطول من اضطراب ما بعد الصدمة ، عنها لدى الذكور . وعلى الأقل فإن بعض الخطر المتزايد لاضطرابات ما بعد الصدمة في الإناث يمكن أن ُيعزى إلى وجود احتمال أكبر من التعرض لأحداث صادمة ، مثل الاغتصاب ، وغيرها من أشكال العنف بين الأشخاص . بالمقارنة بالأفراد المعرضين خصيصاً لمثل هذه الضغوطات ، وتظل الاختلافات بين الجنسين في خطر موهن لاضطراب ما بعد الصدمة .

مخاطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) Suicide Risk :

الأحداث الصادمة مثل الإساءة في مرحلة الطفولة، قد تزيد من معدل خطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) . ويرتبط اضطراب ما بعد الصدمة مع التفكير في الانتحار ، أو محاولات الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، أما الآثار الوظيفية لاضطراب ما بعد الصدمة ، فيرتبط باضطراب ما بعد الصدمة من الذين لديهم مستويات عالية من الإعاقة الاجتماعية والمهنية ، والمادية ، وكذلك تكاليف اقتصادية كبيرة .

كما يرتبط هذا الاضطراب - بصورة إيجابية - بمدى مستويات الاستفادة - في جميع أنحاء العالم - فى تقديم خدمات الدعم النفسى والطبى ، وبرامج التنمية

الاجتماعية ، والتعليمية ، والصحة البدنية ، والمجالات المهنية . ، ويرتبط هذا اضطراب ما بعد الصدمة كذلك - بصورة سلبية - مع درجة اضطراب العلاقات الاجتماعية والأسرية الفقيرة ، والتغيب عن العمل ، وانخفاض الدخل ، وانخفاض الفرص التعليمية وضعف النجاح المهن . ويتم تشخيص اضطراب التكيف الناتج عن الضغوطات التي تلي المعيار A من اضطراب ما بعد الصدمة ، أما جميع المعايير الأخرى لاضطراب ما بعد الصدمة (أو معايير اضطراب عقلي آخر) . مثل اضطراب التكيف فهو تشخيص لنمط أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، والتى تحدث استجابة لضغوطات معينة (على سبيل المثال ، ترك الزوج ، الطلاق . .) .

اضطرابات ما بعد الصدمة والظروف الأخرى : ليست كل الأمراض النفسية التي تحدث بالضرورة ، يمكن أن ’تعزى إلى الأفراد المعرضين لضغوطات لشديدة مثل اضطراب ما بعد الصدمة ، ويتطلب ذلك التشخيص عند التعرض لصدمة تسبق ظهور أو تفاقم الأعراض ذات الصلة .

وعلاوة على ذلك ، إذا كان نمط الاستجابة إلى أعراض الإجهاد الشديد تتلاءم مع اضطراب عقلي آخر ، فينبغي ترك هذه التشخيصات بدلا من إضافتها إلى تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة . ويتم استبعاد التشخيصات وغيرها من الشروط إذا كانت لا ’تفسر بصورة أفضل من قبل اضطراب ما بعد الصدمة (على سبيل المثال ، أعراض اضطراب الهلع التي تحدث فقط بعد التعرض لصدمة حاضرة فى الذاكرة) . وإذا كانت شديدة ، فقد تستدعى أنماط الاستجابة إلى أعراض الإجهاد الشديد ، مع وجود تشخيص منفصل (على سبيل المثال ، فقدان الذاكرة الفصامي) .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطرابات التكيف : في اضطرابات التكيف يمكن أن تكون ضغوطات الشدة مسئولة عن حدوثه من قبل .

اضطراب التوتر الحاد : يتميز اضطراب التوتر الحاد باضطراب ما بعد الصدمة ، والذى يقتصر على نمط أعراض اضطراب التوتر الحاد (لمدة ثلاثة أيام إلى شهر واحد) بعد التعرض لحدث صادم .

اضطرابات القلق والوسواس القهري : في الوسواس القهري ، توجد أفكار دخيلة متكررة ، والذى ينطبق عليها تعريف الهاجس . وبالإضافة إلى ذلك ، فقد

تُحدث تدخلات لا ترتبط بأفكار الحدث الصادم ، وعادة ما ترتبط بدوافع الحاضر ، وغيرها من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، أو اضطراب التوتر الحاد والذى عادة ما يكون غائباً . أما الإثارة وأعراض الفصامي ، واضطراب الهلع ، والتهيج ، فهى جميعاً ترتبط مع اضطراب القلق العام ، أومع حدث صادم محدد . كما ترتبط الأعراض مع اضطراب قلق الانفصال ، وترتبط بشكل واضح بالانفصال عن الوطن أو الأسرة ، وبدلا من ذلك الحدث الأليم .

اضطراب اكتئابي : قد تكون أو لا تكون تلك الاضطرابات مسبوقة بالاكتئاب الشديد من قبل الصدمة ، والتى يجب معها تشخيص الحدث ، إلا إذا ظهرت أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الغائبة الأخرى . وعلى وجه التحديد ، ولا تشمل اضطراب الاكتئاب الكبرى أي أعراض لاضطراب ما بعد الصدمة من المعيار B أو C . ولا يشمل ذلك عددا من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة . D أو E .

اضطرابات الشخصية : والتى تبدأ مع الصعوبات الشخصية ، والتي تتفاقم بعد ذلك، وإلى حد كبير ، خاصة بعد التعرض لحدث صادم ، والذى قد يكون مؤشرا لاضطراب ما بعد الصدمة ، ويتوقع مع مثل هذه الصعوبات ، أن تعمل بشكل مستقل من أي تعرض للصدمة .

اضطرابات فصامية : فقدان الذاكرة الفصامي ، واضطراب الهوية الفصامي ، وانعدام الشخصية ، قد يكون أو لا يكون مسبوقاً بإضطراب (الغربة عن الواقع) من خلال التعرض لصدمة ، أو حدث قد لا يكون مشارك فيه ، وتحدث أعراض معه نفس اضطراب ما بعد الصدمة ، ومع ذلك ، ينبغي النظر في اضطراب ما بعد الصدمة " مع أعراض الفصامي " كأحد الأنواع الفرعية للاضطراب .

اضطراب التحويل : (وظيفية هذا الاضطراب تشير إلى أعراض عصبية) . مع بداية جديدة للأعراض الجسدية في سياق شدة ما بعد الصدمة ، والتى قد تكون مؤشراً لاضطراب ما بعد الصدمة بدلا من اضطراب التحويل (وظيفية اضطراب أعراض عصبية) .

اضطرابات ذهانية : يجب التمييز بين ذكريات الماضي في اضطراب ما بعد الصدمة من الأوهام والهلوسة ، والاضطرابات الإدراكية الأخرى التي قد تحدث في

الفصام ، ذهان ، والاضطراب الجيز ، والاضطرابات النفسية الأخرى ؛ واضطرابات الاكتئاب ثنائي القطب مع ملامح ذهانية ؛ أو مع مادة الاضطرابات التي يسببها الدواء ؛ مثل الهيجان والاضطرابات الذهانية بسبب حالة طبية أخرى .

إصابات الدماغ : عند حدوث إصابات الدماغ في سياق الحدث الصادم (على سبيل المثال ، حادث الصدمة ، انفجار قنبلة ، عندها قد تتسارع أو تتباطئ الصدمة) .

وقد تظهر اضطرابات ما بعد الصدمة : نتيجة صدمات الرأس ، والتي قد تُشكل أيضاً لحدث نفسي صادم ، كما قد تؤدى إصابات الدماغ إلى أعراض عصبية ذات الصلة (TBI) ولا يستبعد بعضها بعضا ويمكن أن تحدث معاً في وقت واحد . أما الأعراض السابقة والتي منها : (على سبيل المثال ، الصداع ، والدوخة ، والتي يمكن أن تحدث الحساسية للضوء أو الصوت ، والتهيج ، وعجز فى التركيز) نتيجة أصابات الدماغ ،أو لدى الأفراد من ذوي اضطراب ما بعد الصدمة . حيث يمكن أن تتداخل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة مع الأعراض المرتبطة بالعصبية TBI ، ويُساعد التشخيص التفريقي على كشف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة / وبين الاضطراب العصبي ، وفقاً لوجود الأعراض المميزة لكل عرض . في حين يمكن إعادة المعاناة وتجنب سمة اضطرابات ما بعد الصدمة ، والارتباك المستمر ، حيث يُعد الارتباك الأكثر تحديداً لاضطراب ما بعد الصدمة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

تصل نسبة الأفراد مع اضطراب ما بعد الصدمة إلى أكثر من (٨٠ ٪) كما أن الأكثر عرضة من هؤلاء - دون اضطراب ما بعد الصدمة - فلديهم أعراض يمكن أن تلبي معايير التشخيص لاضطراب عقلي واحد على الأقل (على سبيل المثال ، الاكتئاب ، ثنائى القطبين ، القلق ، أو اضطرابات تعاطي المخدرات) .

حيث يُعد اضطراب تعاطي المخدرات وسلوكياته المرضية ، هي الأكثر شيوعاً بين الذكور عنه بين الإناث . والتي تنتشر - مثلاً - بين أفراد الجيش الأمريكي والمحاربين القدامى الذين تم نشرهم في الحروب الأخيرة في أفغانستان والعراق ، أما النسب التى تُشارك في حدوث اضطراب ما بعد الصدمة المعتدل TBI فهى (٤٨ ٪) .

وعلى الرغم من أن معظم الأطفال الصغار مع اضطراب ما بعد الصدمة لديهم أيضاً تشخيص واحد على الأقل ، إلا أن الأنماط المختلفة من الاعتلال المشترك ، أكثر شيوعاً لدى البالغين ، مع خلل التحدي الاعتراضي واضطراب قلق الانفصال الغالب . وأخيرا ، هناك الاعتلال المشترك الكبير بين اضطراب ما بعد الصدمة / والاضطراب العصبي الرئيس للفوضى ، مع بعض الأعراض المتداخلة بين هذه الاضطرابات .

اضطراب الإجهاد الحاد Acute Stress Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F43.0) :

A. التعرض للموت الفعلي أو التهديد ، الإصابة الخطيرة ، أو الانتهاك الجنسي في واحد) أو أكثر من الطرق التالية : -

١. يعاني مباشرة من الحدث الصادم .
٢. يشاهد في شخص آخر ، على غرار ما حدث للآخرين .
٣. يعلم أن هذا الحدث قد وقع لأحد أفراد الأسرة المقربين أو الأصدقاء المقربين .
٤. ملاحظة : في حالات الوفاة الفعلية أو التهديد من أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء ، فإن الحدث - حتى 'يشخص جيداً - يجب أن يكون عنيفاً أو عرضي .
٥. يعاني بصورة متكررة أو شديدة من التعرض للتفاصيل الصادمة للحدث (على سبيل المثال ، أول المستجيبين له ، جمع الرفات البشرية ، وضباط الشرطة ، مكان الحدث الصادم) .

ملاحظة : لا ينطبق هذا التعرض من خلال وسائل الإعلام الإلكترونية والتلفزيون والأفلام وأو الصور ، إلا إذا كان هذا التعرض هو ذات الصلة بالحدث الصادم .

B . وجود تسعة أو (أكثر) من الأعراض التالية من أي من الفئات الخمس ، مثل المزاج السلبي ، والتفكك ، وتجنب الآخرين ، وفقد الشهوة ، ابتداء ، أو تفاقمها بعد الحدث الصادم ، أما الأعراض فمن أهمها : -

١. الصورة المتكررة للحدث ، وبشكل غير طوعي ، والذكريات المؤلمة التدخلية من صدمة الحدث . ملاحظة : في الأطفال ، قد يُحدث اللعب المتكرر أو من خلال جوانب يتم التعبير بها عن الحدث الصادم .
٢. الأحلام المؤلمة المتكررة التي تحتوى أو تؤثر على الحلم المتصل بالحدث الصادم .
٣. ملاحظة : في الأطفال ، قد تكون يعانوا من أحلام مخيفة دون وجود محتويات معترف بها .
٤. ردود فعل الفصامي (على سبيل المثال ، ذكريات الماضي) والتي يشعر الفرد فيها، أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم قد تم تكراره . (وقد تحدث ردود الفعل هذه على السلسلة المتصلة ، مع التعبير الأكثر تطرفا كونه يُشكل فقدان كامل للوعي الحاضر بالمناطق المحيطة بها) ملاحظة : في الأطفال ، قد تحدث تجديدات لنمط الصدمة المحددة في شكل وطريقة ألعابهم .
٥. ردود الفعل الفسيولوجية أو المعاناة النفسية الشديدة لفترات طويلة أو ملحوظة في الاستجابة للمنبهات الداخلية أو الخارجية التي ترمز أو تشبه جانباً من جوانب الحدث الصادم .
٦. المزاج السلبي عدم القدرة المستمرة لتجربة المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال ، عدم القدرة على تجربة السعادة والرضا ، أو مشاعر المحبة) .
٧. أعراض الفصامي ويشير إلى شعور يغير من الواقع المحيط بالفرد أو النفس (على سبيل المثال ، رؤية الذات من وجهة نظر شخص آخر ، ويتسم بحالة ذهول ، وإحساس بتباطؤ الوقت) .
٨. عدم القدرة على تذكر جانب هام ، من جوانب الحدث الصادم (عادة ما تكون بسبب فقدان الذاكرة الفصامي ، وليس إلى عوامل أخرى مثل إصابات الرأس ، والكحول ، أو الأدوية) .
٩. أعراض التجنب وتشير إلى جهود لتجنب الذكريات المؤلمة ، والأفكار ، أو المشاعر السلبية ، أو عن كثب والمرتبط مع الحدث الصادم .

١٠. جهود لتجنب التذكير الخارجي (الناس ، الأماكن ، والأحاديث ، والأنشطة ، الأخرى) والتي تثير الذكريات المؤلمة ، والأفكار ، أو المشاعر التى ترتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم .
١١. أعراض الإستثارة ويشمل اضطراب النوم (على سبيل المثال ، صعوبات في النوم أو البقاء مستيقظاً) .
١٢. السلوك العصبي ونوبات الغضب (الضئيل أو معدوم الاستفزاز) ، والإعراب عن إعادة العدوان اللفظي أو البدني تجاه الناس أو الأشياء .
١٣. اليقظة الشديدة .
١٤. مشاكل في التركيز .
١٥. ردود أفعال انزعاجية مبالغ فيها .

C . مدة الاضطراب (مع الأعراض في المعيار B) هو بعد ثلاثة أيام إلى يوم / في الشهر .

الأعراض :

ملاحظة : تبدأ الأعراض عادة مباشرة بعد الصدمة ، ولكنها تستمرعلى الأقل ثلاثة أيام / وتصل إلى شهر وهناك حاجة لتلبية معايير الاضطراب . وقد يسبب الاضطراب ضائقة إكلينيكية مهمة ، مع أعراض ضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو بعض المجالات الهامة الأخرى .

E . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل : الأدوية / أو الكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، إصابات الدماغ المعتدلة) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب التوتر الحاد هو تطوير الأعراض المميزة الدائمة التى تتراوح (من ثلاثة أيام / إلى يوم في الشهر) بعد التعرض لواحد أو أكثر من الأحداث المؤلمة ، ولا تقتصر الأحداث المؤلمة على التعرض إلى التهديد أو الاعتداء الشخصى العنيف (على سبيل المثال ، العنف الجنسي ، والاعتداء الجسدي ، والقتال الفعلي ، والسطو ، وأحداث الطفولة العنيفة الجسدية ، أو التعذيب) ، أو الكوارث الطبيعية (مثل الزلازل والأعاصير ، وتحطم الطائرات) ، والحوادث الشديدة (على سبيل

المثال ، حوادث السيارات الشديدة ، والحوادث الصناعية) . وقد تكون تلك الأحداث مؤلمة للأطفال ، والتى تشمل تجارب جنسية غير لائقة دون عنف أو إصابة .

A- تهدد الحياة لا يعتبر مرض أو حالة طبية ، أو مُنهكة نتيجة حدث صادم : وقد تنطوى الحوادث الطبية على نتائج تؤهل الفرد لأحداث مؤلمة مفاجئة ، أما الأحداث الكارثية فتشمل (على سبيل المثال ، الاستيقاظ أثناء عملية جراحية ، أو صدمة الحساسية) . ولا تستوفى الأحداث المجهدة الشديدة ، مكونات الصدمة من الأحداث التي يشملها المعيار (A) وقد يؤدي ذلك إلى تعديل الاضطراب ولكنه لا يشمل اضطراب التوتر الحاد .

وسريرياً قد يختلف اضطراب التوتر الحاد من فرد إلى آخر ، ولكنه عادة ما ينطوي على استجابة القلق الذي يتضمن شكلا من أشكال إعادة المعاناة أو التفاعل مع الحدث الصادم .

ويمكن مع بعض الأفراد ، أن تتشابه مع أعراض الفصامي ، أو من خلال فصل منه ، وعلى الرغم من أن هؤلاء الأفراد عادة سيعرضون استجابة عاطفية قوية أو فسيولوجية ، نتيجة هذا التفاعل رداً على تذكر الصدمة ، أو تكرارها في أشخاص آخرين ، ويمكن أن يكون هناك تميز قوى فى استجابة الغضب الذي يتم التفاعل معه من قبل تعكر المزاج أو ربما ردود الفعل العدوانية .

ويجب أن تكون صورة الأعراض كاملة ، وموجودة لمدة (ثلاثة أيام) على الأقل بعد الصدمة ، كما لا يمكن تشخيص الحدث إلا بعد مرور ما يصل إلى (شهر واحد) من بدء الحدث . ويلاحظ أن الأعراض التي تحدث على الفور بعد الحدث ، (وفي أقل من ثلاثة أيام) فهى لا تلبي معايير اضطراب التوتر الحاد .

ولكن لا تقتصر الأحداث التي يشهدها الفرد على المراقبة ، أو التهديد أو إصابة خطيرة ، أو وفاة غير طبيعية أو مادية ، أو العنف الجنسي الذى يتعرض لها الشخص آخر نتيجة للاعتداء العنيف والعنف الأسري الشديد ، والحوادث الشديدة ، والحروب ، والكوارث الطبيعية ، بل قد يشمل كذلك كارثة طبية (على سبيل المثال ، جراء نزيف يهدد الحياة) . وقد يكون الاضطراب شديد وخصوصا عندما ينتج عن الضغوطات الشخصية المتعمدة (على سبيل المثال ، التعذيب ، والاغتصاب) . ويحتمل تطوير هذا الاضطراب ، أو قد تزيد شدته ، مما قد يُسفر إلى زيادة الضغوطات .

ويمكن إعادة لخبرة الحدث الصادم بطرق مختلفة : وعادة ، فإن الفرد لديه القدرة لتكرار تذكر تلك الأحداث الصادمة . وتتم تلك الذكريات المتكررة بصورة عفوية ، والذي يحدث عادة نتيجة استدعاء استجابة التحفيز التي تذكر بتلك التجربة القاسية (على سبيل المثال ، صوت (نتائج عكسية) لبوق سيارة قد يثير ذكريات حادث سيارة لقريب من الدرجة الأولى) . وغالباً ما تشمل هذه الذكريات الحسية الحركية تطفلا (على سبيل المثال ، استشعار الحرارة الشديدة التي كان ينظر إليها في حريق منزل) أو الاستجابة العاطفية (على سبيل المثال ، مشهد الخوف من الاعتقاد بأن واحد على وشك أن يُطعن بالسكين) ، أو الفسيولوجية (على سبيل المثال ، والتي تشهد بضيق في التنفس الذى يقارب ما يعانيه شخص خلال شبه الغرق) .

المكونات : قد تحتوي مكونات الاضطراب على الأحلام المؤلمة ، أو على المواضيع التي هي مثل ذات الصلة ، كمواضيع للتهديدات الرئيسة المشاركة في الحدث الصادم . (على سبيل المثال ، في حالة وجود الناجين لحادث سيارة ، أو أحلام مزعجة قد تنطوي على تحطم السيارة ؛ وفي حالة وجود الجندي فى الميدان ، قد تنطوي على أحلام مزعجة بالتعرض للأذى في جوانب أخرى من القتال) .

وقد يستمر الطيف الفصامي (من بضع ثوان إلى عدة ساعات ، أو حتى أيام) وخلال ذلك يعيش الفرد المضطرب مع مكونات الحدث ويتصرف كما لو كان يعاني الحدث في تلك اللحظة . كما قد تصبح الاستجابات الفصامية شائعة خلال تلك الصدمة .

الحدث : ردود الفصامي قد تستمر (إلى ما بعد ثلاثة أيام) بعد التعرض للصدمة وتعتبر مناسبة لتشخيص الاضطرابات النفسية الحادة . أما مع الأطفال الصغار ، فقد يجددوا تلك الأحداث المتصلة بالصدمة ، والتى قد تظهر في اللعب ويمكن أن تشمل لحظات فصامية (على سبيل المثال ، الطفل الذي ينجو من حادث سيارة قد يرتبك مرارا وتكرارا خلال لعبة السيارات ، ويلعب بطريقة مركزة ومؤلمة) .

وهذه الحلقات ، غالباً ما تشير إلى ذكريات الماضي ، القصيرة ولكنها عادة ما تنطوي على شعور بأن الحدث الصادم يحدث في الحاضر ، بدلا من إدراكه فقط في الماضي ، والذى يرتبط مع محنة كبيرة .

ويلاحظ أن بعض الأفراد المصابين بهذا الاضطراب لم يكن لديهم ذكريات اقتحامية نحو الحدث نفسه ، ولكن بدلا من ذلك واجهوا معاناة نفسية شديدة أو تفاعل فسيولوجي ، عندما يتعرضون لآثار الأحداث التي تشبه أو ترمز جانبا من صدمة الحدث (وعلى سبيل المثال ، يوم عاصف للأطفال بعد الإعصار ، أو رؤية شخص يشبه الجاني) . ويمكن أن يشمل الإحساس البدني (على سبيل المثال ، والشعور بالحرارة في يوم الحدث الصادم ، والدوخة للناجين من صدمات الرأس) ، وخاصة بالنسبة للأفراد الذين لديهم أعراض جسدية حاضرة للغاية .

وقد لا يقدر الفرد على الإحساس بالمشاعر الإيجابية (على سبيل المثال ، السعادة والفرح والارتياح ، أو العواطف المرتبطة الحميمية ، والحنان ، أو الجنس) ولكن يمكن أن يتفاعل مع المشاعر السلبية بقوه ، مثل الخوف والحزن ، والغضب ، والشعور بالذنب ، أو الخجل .

ويمكن إحداث تغييرات في الوعي تشمل انعدام الشخصية ، والشعور بفصله / من نفسه (على سبيل المثال ، رؤية النفس في الجانب الآخر من الغرفة) ، أو الغربة عن الواقع ، مع وجود أعراض مشوهة تحيط به (على سبيل المثال ، إدراك أن الأمور تسير في حركة بطيئة ، ورؤية الأشياء في حالة ذهول ، لا يجري على بينة من الأحداث التي يمكن ترميزها عادة) . إلا أن بعض الأفراد لديهم تقارير تشخيصية أيضاً بعدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم . ويعزى هذا العرض إلى فقدان الذاكرة الفصامي ولا ُيعزى لإصابة ، أو للكحول ، أو المخدرات .

تجنب المثيرات المرتبطة الصدمة باستمرار : قد يرفض الفرد مناقشة التجربة المؤلمة أو الانخراط في استراتيجيات للحد من التهرب الواعي ، ومن ردود الفعل العاطفية (مثل الإفراط في تعاطي الكحول) . ويمكن أن تشمل هذه السلوكية تجنب مشاهدة التغطية الإخبارية للتجربة المؤلمة ، ورفض العودة إلى مكان العمل حيث يوجد موقع الصدمة ، أو تجنب التفاعل مع الآخرين الذين يتقاسمون نفس التجربة المؤلمة .

ومن الشائع جدا للأفراد الذين يعانون من اضطراب الإجهاد الحاد مواجهه المشاكل مع بداية النوم ، والتي قد تترافق مع الكوابيس أو مع الاستثارة المعممة المرتفعة ، والتي تمنع النوم الكافي .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الإجهاد الحاد فقد يتعافوا سريعاً ، وربما الدخول في السلوك العدواني اللفظي أو المادي مع الاستفزاز قليلا . وغالباً ما يتميز اضطراب التوتر الحاد من قبل اشتداد حساسية التهديدات المحتملة ، بما في ذلك تلك التي تتعلق بتجربة مؤلمة (وعلى سبيل المثال ، وقد يكون بسبب حادث سيارة للضحية حساس ، ومهدد والذى يحتمل أن يكون بسبب أي سيارة أو شاحنة) أو تلك التي لا تتعلق بالحدث الصادم (على سبيل المثال ، الخوف من وجود أزمة قلبية) . وصعوبة في التركيز ، بما في ذلك صعوبة تذكر الأحداث اليومية (على سبيل المثال ، ينسى رقم هاتف واحد) أو لا يركز ذهنه فى مهام محددة (على سبيل المثال ، بعد محادثة لفترة طويلة من الزمن) ، أما الشائع للأفراد مع اضطراب التوتر الحاد فقد يكون رد الفعل لتلك المؤثرات غير متوقعة ، وتم عرض ردود الفعل المفاجئة ، مثل القفز نتيجة لضوضاء صاخبة ، أو حركات غير متوقعة (على سبيل المثال ، قد يفقز الفرد بشكل ملحوظ نتيجة استجابة لرنين الهاتف) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis ،

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الإجهاد الحاد عادة ما ينخرطوا فى حالة كارثية أو سلبية للغاية ، من أفكار حول دورهم في الحدث الصادم ، والاستجابة لتجربة مؤلمة ، أو احتمال وقوع ضرر في المستقبل . وعلى سبيل المثال ، الفرد مع اضطراب الإجهاد الحاد قد يشعر بالذنب بشكل مفرط بشأن عدم منع الحدث الصادم أو حول عدم التكيف مع تجربة ناجحة .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الإجهاد الحاد ، فيمكن أيضاً تفسير أعراضهم بطريقة كارثية ، مثل تأويل (الفلاش باك) للذكريات أو الذهول العاطفي بإعتباره علامة على تضاؤل القدرة العقلية . ومن الشائع بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطراب الإجهاد الحاد ، مع تجربة نوبات الهلع في الشهر الأول بعد التعرض للصدمة التي قد يكون سببها الصدمة أو التذكير على ما يبدو بما يحدث من تلقاء أنفسهم .

وبالإضافة إلى ذلك ، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الإجهاد الحاد قد يعرضوا السلوك الفوضوي أو التسرع . وعلى سبيل المثال ، قد يدفع الأفراد نحو سلوك متهور ، واتخاذ قرارات غير عقلانية ، أو المقامرة بشكل مفرط .

ومع الأطفال ، ربما قد يكون هناك قلق كبير للانفصال ، وربما يتضح ذلك من إحتياجات الفرد المفرطة للاهتمام من مقدمي الرعاية .

في حالة الوفاة التالية من وقوع الوفاة في ظروف مؤلمة ، وأعراض اضطراب الإجهاد الحاد ، والتي يُمكن أن تنطوي على ردود فعل الحزن الشديد . وفي مثل هذه الحالات ، فإن إعادة المعاناة ، والسلوك الفصامي ، وأعراض الاستثارة قد تنطوي على ردود فعل الخسارة ، مثل الذكريات الاقتحامية لظروف موت فرد ، أو الغضب إزاء الموت .

أما أعراض ما بعد الارتجاج (على سبيل المثال ، مثل الصداع ، والدوخة ، والحساسية للضوء أو الصوت ، والتهيج ، والعجز في التركيز) ، والتي تحدث بشكل متكرر ومعتدل ، وهي ذات الأعراض التي تلي إصابات في الدماغ ، وأيضاً ينظر في كثير من الأحيان في الأفراد الذين يعانون من اضطراب الإجهاد الحاد .

أما الأعراض الشائعة بعد الارتجاج ، فهي على قدم المساواة في إصابات الدماغ ، وتكرار وقوع أعراض الارتجاج ، والتي يمكن أن تعزى إلى أعراض اضطراب الإجهاد الحاد .

معدل الانتشار **Prevalence** معدل الانتشار للاضطرابات النفسية الحادة في الآونة الأخيرة للسكان المعرضين للصدمات (أي في غضون شهر واحد من التعرض الصدمة) والتي قد تختلف وفقاً لطبيعة الحدث والسياق الذي يتم تقييمه .

ويعاني السكان - مثلاً - في كل من الولايات المتحدة وغيرها ، من شيوع اضطراب التوتر الحاد ، والذي يميل إلى أن يكون في حدود (٢٠ ٪) من الحالات التالية للأحداث المؤلمة التي لا تنطوي على الاعتداء الشخصي ؛ حيث تشكل حوادث السيارات (١٣ ٪ -٢١ ٪ ، و١٤٪) من الصدمة الخفيفة نتيجة إصابات الدماغ ، (١٩٪) من حوادث الاعتداء ، و(١٠٪) من الحروق الشديدة ، و(٦ ٪ -١٢ ٪) من الحوادث الصناعية . وتم الإبلاغ عن معدلات أعلى (من ٢٠ ٪ -٥٠ ٪) بعد الأحداث الشخصية المؤلمة ، بما في ذلك الاعتداء والاغتصاب ، وحوادث إطلاق النار .

التنمية والدورة Development and Course :

لا يمكن تشخيص اضطراب التوتر الحاد إلا بعد مرور (ثلاثة أيام) من الحدث الأليم . ورغم أن اضطراب التوتر الحاد قد يتطور إلى اضطراب ما بعد الصدمة Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) بعد شهر واحد ، والذى قد يكون أيضاً استجابة للإجهاد العابر أو للمسؤوليات والمهام الضاغطة .

وقد لا 'يسهم التعرض الصدمة ، فى تطوره إلى اضطراب ما بعد الصدمة . كما أن حوالي نصف الأفراد الذين يصابون في نهاية المطاف باضطراب ما بعد الصدمة في البداية ، يمكن تقييمه فقط بمسمى : اضطراب التوتر الحاد . ويمكن أن تحدث أعراض التدهور الأولية أن تحدث خلال في شهر واحد من الحدث الصادم ، وغالباً ما يكون نتيجة لضغوطات الحياة الجارية أو مزيد من الأحداث المؤلمة .

ويمكن أن تختلف أشكال إعادة المعاناه في درجة نموها : وعلى عكس البالغين أو المراهقين ، فإن الأطفال الصغار قد يقدموا تقريراً عن أحلام مخيفة ، دون تحليل المحتوى الذي يعكس بشكل واضح جوانب الصدمة (وعلى سبيل المثال ، الإستيقاظ في حالة ذعر في أعقاب الصدمة ، وعدم القدرة لربط محتوى الحلم بالحدث الصادم) . ويعد الأطفال مع عمر (ست سنوات) والأصغر سنا من ذلك ، هم أكثر عرضة من الأطفال الأكبر سنا ، فى التعبير عن الأعراض من خلال اللعب ، والذى يشير بشكل مباشر أو بشكل رمزي إلى الصدمة . وعلى سبيل المثال ، ولا 'يعبر الأطفال الصغار بالضرورة عن ردود فعل الخوف في وقت التعرض أو حتى أثناء التعرض للحدث الصادم . وعادة ما يقدم الآباء تقرير عن مجموعة من التعبيرات العاطفية مثل الغضب ، والعار ، أو الانسحاب ، وحتى الإيجابية منها : مشرق بشكل مفرط / والتى تعبر عن الحدث الصادم - فى بدايته فقط بصورة عكسية - والتى تؤثر في الأطفال الصغار الذين أصيبوا بإضطرابات نفسية .

ورغم أنه يمكن تجنيب الأطفال تذكيرهم بتلك الصدمات النفسية ، وفي بعض الأحيان ، قد يصبحوا تصبح منشغلين بالحدث الصادم (على سبيل المثال ، الطفل الصغير الذى يتعرض لعضة كلب ، قد يتجنب الذهاب خارج المنزل بسبب الخوف من ملامسة كلب) .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors ،

المخاطر المزاجية : وتشمل عوامل الخطر اضطراب عقلي ذو مستويات عالية من الوجدان السلبي (العصابية) ، وزيادة الوعي بخطورة الحدث الصادم ، والانطوائية، وأسلوب التكيف . ويتم تقييم الكارثية لتجربة مؤلمة للفرد ، وغالباً ما تتميز بتقييم مبالغ فيه من الضرر في المستقبل ، والشعور بالذنب ، أو اليأس ، وهي عملية تنبؤية تتميز بقوة اضطراب التوتر الحاد .

المخاطر البيئية : أولا وقبل كل شيء ، يجب أن يتعرض الفرد لذلك الحدث الأليم وبعده يصبح في خطر التعرض لاضطرابات نفسية حادة . وتشمل عوامل الخطر لهذا الإضطراب، من تاريخ ما قبل الصدمة .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : الإناث أكثر عرضة لخطر تطوير اضطرابات نفسية حادة . كما أن التفاعل المرتفع ، من ردود الفعل الصوتية المفاجئة ، وذلك قبل التعرض لصدمة تزيد من خطر تطوير اضطرابات نفسية حادة .

قضايا التشخيص ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic Issues ،

الملف الشخصى لأعراض اضطراب الإجهاد الحاد قد يختلف عبر الثقافات ، لا سيما فيما يتعلق بأعراض الفصامي ، والكوابيس ، والتجنب ، وأعراض جسدية (على سبيل المثال ، الدوخة ، وضيق في التنفس ، والأحاسيس بالحرارة) .

وتسهم المتلازمات والتعابير الثقافية من استغاثة تشكيل ملامح أعراض الاضطرابات النفسية الحادة . وقد تعرض بعض الجماعات الثقافية متغيرات الردود الفصامية ، مثل حيازة السلوكيات في الشهر الأول بعد التعرض للصدمة .

وقد تكون الأعراض البارزة مثل الذعر في التوتر الحاد للاضطراب بين الكمبوديين بسبب إرتباط التعرض الصدمة ، وخيالات الهجمات .

قضايا التشخيص ذات صلة بالجنس

Gender-Related Diagnostic Issues،

تشخيص القضايا بين الجنسين والمتصلة باضطراب التوتر الحاد ، هو أكثر معدل للانتشار بين الإناث منها / لدى الذكور . مع العصبية الحيوية المرتبطة بالجنس ، فيما يختص بالاختلافات في الاستجابة للضغط النفسي ، والذى قد يساهم بزيادة خطر الإناث لاضطراب التوتر الحاد .

أما الخطر المتزايد للاضطراب في الإناث ، فيمكن أن يعزى جزئيا إلى زيادة احتمالات التعرض لأنواع من الأحداث المؤلمة مع الارتفاع المشروط لخطر الاضطرابات النفسية الحادة ، مثل الاغتصاب وغيره من أشكال العنف مع الآخرين .

العواقب الوظيفية من اضطراب الإجهاد الحاد :

تبين ضعف الأداء في المجالات الاجتماعية والشخصية ، أو المهنية عبر الناجين من الحوادث ، والاعتداء ، والاغتصاب ، والذين يصابون باضطراب التوتر الحاد .

أما أقصى مستويات القلق فقد تترافق مع الاضطرابات النفسية الحادة ، والتى قد تتداخل مع النوم ، ومستويات الطاقة ، والقدرة على الحضور الذهنى لأداء المهام . وتجنب اضطراب التوتر الحاد ، والذى يمكن أن يؤدي إلى الانسحاب المعمم من العديد من الحالات التي يحتمل أن تكون مهددة للفرد ، والتي يمكن أن تؤدي إلى إهمال المواعيد الطبية ، وتجنب الذهاب إلى المواعيد الهامة ، والتغيب عن العمل .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطرابات التكيف ويشير إلى نوع من اضطراب التوتر الحاد ، ويمكن أن يكون خالياً من أي ضغوطات شديدة من اضطراب التوتر الحاد .

ويتم التشخيص بإستخدام المعايير التى تفي بأعراض اضطراب اضطراب التوتر الحاد (أو الاضطراب العقلي المحدد) . وقد يحدث اضطراب الإجهاد الحاد رداً على الضغوطات التي لا تستوفي المعيار (A) مثل التعرض إلى الموت الفعلي ، أو التهديد ، أو إصابة خطيرة ، أو العنف الجنسي (على سبيل المثال ، ترك الزوج ، طلاق) .

وعلى سبيل المثال ، فإن تفاعلات الإجهاد الشديد للأمراض التي تهدد الحياة قد تشمل بعض أعراض اضطراب الكرب الحاد ، والتى يمكن وصفها (كتعديل الإضطراب) .

لا تشمل بعض أشكال الاستجابة للضغط النفسي الحاد ، الأعراض الحادة لاضطراب الإجهاد ، ويمكن وصف أعراض الغضب ، والاكتئاب ، أو الشعور بالذنب . وهذه الأعراض توصف فى المقام الأول لاضطراب التكيف .

وقد ينطوى على الاكتئاب أو الغضب وفقاً للاستجابات التى قد تنطوي على اضطراب التكيف ، والتأمل حول الحدث الصادم ، وعلى الذكريات التدخلية المؤلمة ، كما فى اضطراب التوتر الحاد .

اضطرابات الهلع : يُعد الذعر والهجمات العفوية ، أمراً شائعاً جداً في اضطراب التوتر الحاد . ومع ذلك ، لا يتم تشخيص اضطراب الهلع إلا إذا حدثت نوبات الذعر غير متوقعة ، وهناك القلق بشأن عودة الهجمات في المستقبل ، أو تغيرات غير قادرة على التأقلم في السلوك المرتبط بالخوف من عواقب وخيمة جراء تلك الهجمات .

اضطرابات فصامية : ردود الاضطراب الفصامي شديدة وذلك (في غياب عدة أعراض مميزة لاضطراب الإجهاد الحاد) والتي يمكن تشخيصها على أنها اضطراب (الغربة عن الواقع) واضطراب انعدام الشخصية . وإذا استمر فقدان الذاكرة الحاد للصدمة ، وفي غياب الأعراض المميزة الحادة لاضطراب الإجهاد ، عندها يجوز أن يتضح تشخيص فقدان الذاكرة الفصامي .

اضطراب ما بعد الصدمة : يتميز اضطراب التوتر الحاد من اضطراب ما بعد الصدمة ، والذي يحدث كنمط أعراض اضطراب الإجهاد الحاد في حدود (شهر واحد) من الحدث الصادم ، وإذااستمرت الأعراض لأكثر من (شهر واحد) فإن تلبية معايير اضطرابات ما بعد الصدمة ، يتم تغييره من تشخيص اضطراب التوتر الحاد / إلى اضطراب ما بعد الصدمة .

اضطراب الوسواس القهري : في اضطراب الوسواس القهري ، تظهر الأفكار الدخيلة المتكررة ، ولكن هذا ينطبق عليه تعريف (هاجساً) بالإضافة إلى ذلك ، لا ترتبط الأفكار بحدث صادم ، والتي عادة ما تكون ذات دوافع حاضرة ، وغيرها من أعراض اضطراب التوتر الحاد والذي عادة ما يكون غائباً .

اضطرابات ذهانية : يجب التمييز بين ذكريات الماضي في اضطراب التوتر الحاد من الأوهام ، الهلوسة ، والاضطرابات الإدراكية الأخرى التي قد تحدث في الفصام ، والاضطرابات النفسية الأخرى ، أو اضطراب الاكتئاب الثنائي القطب مع ميزات ذهانية ، وهذيان ، مادة الاضطرابات التي يسببها الدواء ، والاضطرابات النفسية بسبب آخر حالة طبية . وتتميز ذكريات الماضي باضطراب التوتر الحاد من هذه الاضطرابات الحسية الحركية الأخرى التي تتصل مباشرة بتجربة مؤلمة ، والتي تحدث في حالة عدم وجود غيرها من المميزات الذهانية أو نتيجة تعاطى مواد مخدرة .

إصابات في الدماغ : عند حدوث إصابات الدماغ في سياق ذلك الحدث الأليم (على سبيل المثال ، حادث صادم ، وانفجار قنبلة ، عندها قد تتسارع ، أو تتباطئ الصدمة) ، وقد تظهر أعراض الاضطرابات النفسية الحادة .

وقد تسبب صدمات الرأس إلى اضطراب عصبي مرتبط بالحدث الصادم النفسي ، وإصابات الدماغ الصادمة (TBI)) .

ولا تستبعد الأعراض إمكانية حدوثه في وقت واحد . وأهم تلك الأعراض السابقة (على سبيل المثال ، الصداع ، والدوخة ، والحساسية للضوء أو الصوت المفاجئ ، والتهيج ، وتركيز العجز) ويمكن أن يحدث في الأفراد المصابين بجروح في المخ والدماغ وغيرها ، بما في ذلك الأفراد الذين يعانون من اضطراب الإجهاد الحاد . ولأن أعراض اضطراب الإجهاد الحاد والأعراض العصبية TBI المرتبطة به ، والتي يمكن أن تتداخل ، مع التشخيص التفريقي بين اضطراب التوتر الحاد ، وأعراض الاضطراب العصبي ، والتي قد تنشأ على أساس وجود الأعراض المميزة لكل عرض .

في حين إعادة المعاناة ، وتجنب سمة من سمات اضطراب التوتر الحاد ، والإرتباك والتخبط المستمر ، والتي هي أكثر تحديداً للاضطرابات النفسية الحادة . وعلاوة على ذلك ، وقد تستمر أعراض اضطراب الإجهاد الحاد لمدة تصل إلى (شهر واحد) بعد التعرض للصدمة .

اضطرابات التكيف Adjustment Disorders :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . تطوير أعراض نفسية أو سلوكية استجابة لتحديد الضغوطات التي تحدث في غضون ثلاثة أشهر من بداية الضغوطات .

B . هذه الأعراض أو السلوكيات هي أعراض إكلينيكية هامة ، كما يتضح من أحد أو كلا ما يلي : -

١. استغاثة ملحوظة ويشير إلى أصل نسبة الشدة أو كثافة الضغوطات ، مع الأخذ بعين الاعتبار السياق الخارجي والعوامل الثقافية التي قد تؤثر على شدة الأعراض .

٢. انخفاض كبير في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من مهام الأداء . كما أن تلك الاضطرابات المرتبطة بالتوتر لا تستوفي معايير اضطراب عقلي آخر ، وليس مجرد تفاقم الاضطراب العقلي ، أو الأعراض الدالة ، والتى لا تمثل الفجيعة الطبيعية .

E . بمجرد إنهاء الضغوطات أو عواقبها ، فإن الأعراض لا تستمر لأكثر من ٦ أشهر إضافية .

تحديد ما إذا كان :

- (F43.21) مع المزاج المكتئب : انخفاض المزاج ، والبكاء ، ومشاعر اليأس الغالبة .
- (F43.22) مع القلق : العصبية ، والقلق ، وقلق الانفصال هو الغالب .
- (F43.23) مع القلق والمزاج المكتئب المختلط : مزيج من الاكتئاب ، والقلق هو الغالب .
- (F43.24) مع اضطراب السلوك : اضطراب السلوك هو السائد .
- (F43.25) مع اضطراب مختلط من السلوك والمشاعر : العاطفية (على سبيل المثال ، الاكتئاب ، والقلق) والأعراض الغالبة هو اضطراب السلوك .
- (F43.20) وهو اضطراب غير محدد : نظراً لردود الفعل غير القادرة على التأقلم ، والتي لا يمكن تصنيفها كأحد الاضطرابات الفرعية المحددة بسوء التكيف .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

وجود أعراض نفسية أو سلوكية رداً على الضغوطات ، تحددها سمة أساس من سمات اضطرابات التكيف (A) . وقد تكون الضغوطات نتيجة حدث واحد (على سبيل المثال ، إنهاء علاقة زوجية) ، أو قد تكون هناك ضغوطات متعددة (على سبيل المثال ، المشاكل الزوجية) . وقد يكون الإجهاد المتكرر (على سبيل المثال ، المرتبطة

بالأزمات الموسمية لكافة المهام والأعمال) أو المستمرة (على سبيل المثال ، مرض مؤلم مستمر مع زيادة العجز ، أو الذين يعيشون في حي يعاني من الجريمة) .

وقد تؤثر الضغوطات على فرد واحد ، أو عائلة بأكملها ، أو مجموعة مجتمعية أكبر (وعلى سبيل المثال ، كارثة طبيعية) . وقد تصاحب بعض الضغوطات الإنمائية المحددة بالأحداث (على سبيل المثال ، الذهاب إلى المدرسة ، وترك منزل الوالدين ، زواج أحد الوالدين ، وعدم تحقيق الأهداف المهنية ، والتقاعد) .

ويمكن تشخيص اضطرابات التكيف في أعقاب وفاة أحد أفراد أسرته ، أو استمرار ردود الفعل الحزن العميق .

ويجب أن تؤخذ المعايير الثقافية والعمر المناسب في الاعتبار ، وتسمى أكثر مجموعة محددة من تلك الأعراض المرتبطة بالفجيعة المعقدة المستمرة للاضطراب . والتي ترتبط بإضطرابات التكيف مع زيادة مخاطر محاولات الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

معدل الانتشار Prevalence :

على الرغم من معدل انتشار اضطرابات التكيف شائعة ، إلا أنها قد تختلف على نطاق واسع بوصفها وظيفة هامة ، توظف ضمن أساليب التفاعل الاجتماعى . إلا أن النسبة المئوية للأفراد في العيادات الخارجية لعلاج الأمراض النفسية مع التشخيص الرئيس لاضطراب التكيف يتراوح بين حوالي (٥ ٪ إلى ٢٠ ٪) في إطار التشخيص النفسي فى المستشفيات ، وغالباً ما يصل التشخيص الأكثر شيوعاً ، ما يقرب إلى ٥٠ ٪ .

التنمية والدورة Development and Course :

تبدأ اضطرابات التكيف في غضون (ثلاثة أشهر) من بداية الضغوط ، ويستمر مدة لا تزيد على(ستة أشهر) تتوقف بعدها عواقب تلك الضغوط ، وإذا كان الإجهاد كحدث حاد (على سبيل المثال ، والذى يطلق على الإجهاد الوظيفى) ، وعادة ما تحدث بداية تلك الاضطرابات بصورة فورية (أي في غضون بضعة أيام) ومدته قصيرة نسبيا (أي ما لا يزيد عن بضعة أشهر) . وإذا كان الإجهاد أو عواقبه مستمرة ، فإن تعديل الاضطراب قد يستمر أيضاً ليكون حاضرا ، ويتحول إلى شكل ثابت .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية . الأفراد مع ظروف الحياة المحرومة ، ومع تجربة عالية من معدل الإجهاد ، يمكن أن يكونوا في خطر متزايد لاضطرابات التكيف .

تشخيص قضايا ذات الصلة الثقافية Cuiture-Reiated Diagnostic issues:

ينبغي أن يؤخذ التشخيص في سياق الإعداد الثقافي للفرد - في الاعتبار- وذلك حين يتم صنع الحكم السريري ، وإذا كانت استجابة الفرد إلى الضغوطات غير قادرة على التأقلم ، أو إذا كانت الضائقة مرتبطة بما يزيد على ما يمكن توقعه . فإن تجربة الضغوطات وتقييم استجابة الضغوطات قد تختلف باختلاف الثقافات .

أما العواقب الوظيفية لاضطرابات التكيف ، فقد تمثل محنة ذاتية أو ضعف في الأداء المرتبط بإضطرابات التكيف ، وكثيراً ما يظهر انخفاض الأداء ، سواء في العمل أو المدرسة ، مع حدوث التغييرات المؤقتة في العلاقات الاجتماعية .

وقد يزداد اضطراب التكيف فى الأفراد الذين لديهم حالة طبية عامة (على سبيل المثال ، انخفاض الامتثال بالنظام الطبي الموصى به ؛ أو فى الالتزام بمدة الإقامة في المستشفى) .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis

اضطراب اكتئابي : إذا كان الفرد لديه الأعراض التي تلبي معايير كبرى مثل الاضطراب الاكتئابي الناتج عن الضغوطات ، فإن تشخيص اضطراب التكيف لا ينطبق عليه . حيث يختلف الملف الشخصى لأعراض الاضطراب الاكتئابي ، ويميزه عن اضطراب التكيف .

اضطراب ما بعد الصدمة واضطراب الضغط الحاد : في اضطرابات التكيف ، والضغوطات المتصلة به يمكن أن لا تشكل أي خطورة ، ويمكن التمييز بين اضطراب التكيف / وبين اضطرابات ما بعد الصدمة ، وفقاً لتشخيص كل منهم ، وذلك على حد سواء فى التوقيت أو الأعراض .

حيث يمكن تشخيص اضطرابات التكيف على الفور ، والتى تستمر حتى (سته أشهر) بعد التعرض لحدث صادم ، في حين أن اضطراب التوتر الحاد يمكن أن يحدث فقط ما بين (ثلاثة أيام وشهر واحد) .

ولا يمكن تشخيص التعرض للإجهاد ، أو اضطراب ما بعد الصدمة إلا بعد ما لا يقل عن (شهر واحد) منذ وقوع الصدمة والضغوطات .

ميز الملف الشخصى لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، بين اضطراب الإجهاد الحاد / وبين اضطرابات التكيف . وفيما يتعلق بأعراض اضطراب التكيف ، فيمكن تشخيص الحدث الصادم عندما يسلك الفرد وفقاً للأعراض المحددة له (إما اضطراب الإجهاد الحاد / أو اضطراب ما بعد الصدمة) والتي لا تلبي أو تتجاوز عتبة التشخيص . كما ينبغي تشخيص اضطراب التكيف بالنسبة للأفراد الذين لم يتعرضوا لحدث صادم ، ولكن الذين يظهرون خلاف ذلك الشخيص للأعراض الكاملة : إما لاضطراب الإجهاد الحاد ، أو لاضطراب ما بعد الصدمة .

الاضطرابات الشخصية : فيما يتعلق بالإضطرابات الشخصية ، فإن بعض الملامح الشخصية قد تترافق مع التعرض للاستغاثة العرضية التي قد تشبه تعديلا للاضطراب . لذا يساعد التاريخ سير الشخصية لإبلاغ تفسير عن السلوكيات المتعثرة للمساعدة في تمييز شخصية طويل الأمد من اضطراب التكيف .

بالإضافة إلى بعض اضطرابات الشخصية ، فقد يؤدي تفاقم أعراض الإجهاد أيضاً إلى اضطراب في الشخصية ، وإذا كانت معايير أعراض اضطراب التكيف تتجاوز الاضطراب المرتبط بالتوتر ، وهو ما يمكن أن يعزى إلى أعراض اضطراب الشخصية (يتم استيفاء ذلك فى المعيار (C) .

العوامل النفسية التي تؤثر على ظروف طبية أخرى : العوامل النفسية التي تؤثر في الحالات الطبية الأخرى (على سبيل المثال ، الأعراض النفسية ، والسلوكيات المرتبطة بالعوامل الأخرى) وهو ما يؤدي إلى تفاقم الحالة الطبية .

ويمكن لهذه العوامل أن تعجل ، أو تفاقم ، من وضع الفرد في خطر لمرض طبي ، وفى المقابل ، فإن اضطراب التكيف هو رد فعل طبيعي للضغوطات (على سبيل المثال ، وجود مرض طبي) . أما ردود فعل الإجهاد المعيارية . فهى تحدث أمور سيئة ومزعجة ، لدى معظم الناس ، وبما لا يتصل باضطراب التكيف .

وينبغي أن يتم التشخيص فقط عندما تزداد حجم المحنة (على سبيل المثال ، تغيرات في المزاج ، والقلق ، أو السلوكيات المتجاوزة) والتى عادة من المتوقع أن تختلف

بـين الثقافـات المختلفـة ، أو عنـدما أن تكـون ضـارة ومـؤثرة فى إحـداث الاضـطراب الوظيفي .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يمكـن أن تـصاحب اضـطرابات التكيـف معظـم الاضـطرابات النفـسية ، أو أي اضطراب طبي آخر . ولا يمكن تـشخيص اضـطرابات التكيـف بالإضـافة إلى اضـطراب عقلي آخر / إلا إذا كان الأخير لا يفسر الأعراض التي تحدث وخاصة في رد الفعل على تلك الضغوطات . وعلى سبيل المثال ، الفرد قد يطور اضطراب التكيـف ، مـع المـزاج المكتئب ، بعد فقدان الوظيفة ، وفي الوقت نفـسه لديـه تـشخيص اضـطراب وسـواس قهري .

وقـد يكـون لـدى الفـرد اضـطراب الاكتئـاب أو ثنـائي القطـب ، واضـطراب التكيف ، طالما تم استيفاء المعايير لكليهما علـى حـد سـواء . حيـث ُتعـد اضـطرابات التكيف بمثابة توابع مشتركة من مرض طبي ، وربما تكون رد نفسي رئـيس للاضـطراب الطبي .

اضطراب الإجهاد الآخر المتصل والمحدد بالصدمة
(F43.8) Other Specified Trauma :

ينطبق هذا التـصنيف علـى الأعـراض المميـزة للـصدمة ، والاضـطراب المتعلـق بالضغوطات التي تسبب الضيق الإكلينيكي الهام ، أو ضعف في الاجتماعيـة ، المهنيـة ، أو فى مجـالات هامـة أخـرى مـن الأداء ، والـتى تـسود ولكـن لا تلـبي كامـل المعـايير التشخيص لأي من الاضطرابات والصدمة المرتبطة بالضغوطات .

ويتم ذلك من خـلال تـسجيل " الـصدمة ، أو الاضـطرابات المحـددة الأخـرى المتعلقة بالضغوط المتبوعة بسبب محدد (على سـبيل المثـال " اضـطراب الفجيعـة المعقـدة المستمرة ") .

أمثلة من العروض المحددة باستخدام " العـروض الأخـرى المحـددة " وتـشمل ما يلي : -

١. اضطرابات مثل التكيف مع تأخر الأعراض التي تحدث أكثر بعد ٣ أشهر من الضغوطات .

٢. اضطرابات مثل التكيف مع مدة طويلة لأكثر من ٦ أشهر دون مدة طويلة من الضغوطات .
٣. اضطرابات نوبة الضحك : انظر " معجم المفاهيم الثقافية للاستغاثة" في الملحق .
٤. المتلازمات الثقافية الأخرى : انظر " معجم المفاهيم الثقافية للاستغاثة" في الملحق .
٥. ويتميز اضطراب التكيف من قبل شديدة : واستمرار الاضطراب المعقد ، الفجيعة والحزن ، والحداد ، ردود الفعل المستمرة (انظر "أحكام الفصل للمزيد دراسة") .

الأعراض غير المحددة بالصدمة ، والمتصلة باضطراب الإجهاد (F43.9) وينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة من الصدمة ، والاضطراب المتعلق بالضغوطات التي تسبب الضيق الإكلينيكى الهام ، أو ضعف في المظاهر الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء ، والتى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات الصدمة ، والاضطرابات المرتبطة بالضغوطات لفئة التشخيص .

ويتم استخدام فئة الصدمة أو الاضطراب ذات الصلة بالضغوطات غير المحددة في الحالات التي يتعين على الطبيب أن يختار عدم تحديد السبب (الذي لم يتم الوفاء به بمعايير محددة) مثل الصدمة ، أو الاضطراب المرتبط بالضغوطات ، ويشمل عروضا غير مستوفية للمعلومات، حتى يتم إجراء تشخيص أكثر تحديدا ، مثل التى ترتبط بالوعي والذاكرة والهوية ، والعاطفة ، والإدراك ، والتحكم في السلوك .

ويمكن لظهور الأعراض الفصامية أن تُعطل كل مجالات الأداء النفسي . يتضمن هذا الفصل هوية اضطراب الفصامي ، وفقدان الذاكرة الفصامي ، اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع ، وغيرها المحددة فى الاضطراب الفصامي ، والاضطراب الفصامي غير المحدد .

وكثيراً ما تبين وجود الاضطرابات الفصامية في أعقاب الصدمات النفسية ، والعديد من الأعراض ، بما في ذلك الحرج والارتباك حول الأعراض أو الرغبة لإخفائها ، والتى تتأثر بالقرب من الصدمة . (DSM-5) ، والاضطرابات الفصامية ،

والتى ليست جزءاً من والصدمة ، أو من الاضطرابات المرتبطة بالضغوطات ، إلا أنها تعكس العلاقة الوثيقة بين هذه الفئات التشخيصية .

حيث يحتوى كل من اضطراب التوتر الحاد واضطراب ما بعد الصدمة / على أعراض فصامية ، مثل فقدان الذاكرة ، ذكريات الماضي ، والذهول ، وإنعدام الشخصية المغربة عن الواقع .

ويتميز اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع بالاستمرار الإكلينيكى الهام ، أو بإنعدام الشخصية المتكررة (أي تجارب غير واقعية أو مفرزة عقلية واحدة ، أو من النفس ، أو الجسم) أو الغربة عن الواقع (أي تجارب أو مفرزة من محيط واحد) .

ويرافق هذه التعديلات من خلال واقع حالها والذى تم اختباره وتشخيصه . وليس هناك أي دليل على أي تمييز بين الأفراد - في الغالب - الذين يعانون من انعدام الشخصية مقابل أعراض الغربة عن الواقع . لذلك ، فإن الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب يمكن أن يجمعوا بين انعدام الشخصية ، وبين الغربة عن الواقع ، أو كليهما .

يتميز فقدان الذاكرة الفصامي بعدم القدرة على تذكر معلومات السيرة الذاتية له . وقد يحدث ذلك بصورة موضعية لفقدان الذاكرة (أي حدوثه لفترة من الزمن) ، أما الانتقائية (فهي محددة بجانب من جوانب هذا الحدث) ، وتشير المعممة (بكل من الهوية وتاريخ حياة الفرد) .

كما ُيشير فقدان الذاكرة الفصامي - في الأساس - إلى عدم القدرة على تذكر المعلومات الذاتية التي لا تترافق مع طبيعية النسيان ، وعلى الرغم من أن بعض الأشخاص الذين يعانون فقدان الذاكرة لاحظوا على الفور أن لديهم " وقت ضائع " أو أن لديهم فجوة في ذاكرتهم ، ويحدث الوعي لديهم بفقدان الذاكرة فقط عندما يتم إدراك فقدان الهوية الشخصية ، أو عندما تجعل ظروف هؤلاء الأفراد على علم بأن السيرة الذاتية ، والمعلومات لديهم مفقودة (على سبيل المثال ، عندما يكتشف أدلة على الأحداث التي لا يذكر أو عندما يسألهم الآخرين عن الأحداث التي يقولوا عنها لا أذكر) .

ويتداخل فقدان الذاكرة / مع فقدان الذاكرة الفصامي ؛ كما قد يواجه الأفراد موضعية أو انتقائية فقدان الذاكرة الأكثر شيوعاً ، أو فقدان الذاكرة المعمم النادر . أما الشرود الفصامي فهو أمر نادر الحدوث في الأشخاص مع فقدان الذاكرة الفصامي ، لكنه شائعاً في اضطراب الهوية الفصامي .

ويتميز اضطراب الهوية الفصامي من قبل(وجود اثنين أو أكثر من الأعراض المميزة له وهما : نوبات متكررة من فقدان الذاكرة / وتفتيت الهوية) .

قد تختلف تفتيت الهوية عبر الثقافات (على سبيل المثال ، الأعراض / ونسب شيوع الإضطراب/ والنموذج / والظرف المحدد) . وبالتالي ، قد يواجه الأفراد انقطاعات في الهوية والذاكرة التي قد لا تكون واضحة على الفور للآخرين ، أو تحجب محاولات إخفاء ضعف .

ولا يمكن تفسير تشخيص (الأفراد مع تجربة فصامية / أو اضطراب الهوية) المتكررة ، إلا عبر تقييم أداء واعي . وشعور بالذات (على سبيل المثال ، الأصوات ؛ يتم فصلها عن الإجراءات والكلام ؛ الأفكار الدخيلة ، والعواطف ، والدوافع . .) التعديلات وغيرها من المواقف ، والأفضليات ، والمشاعر ، والتغييرات الغريبة عن التصور (على سبيل المثال ، انعدام الشخصية أو الغربة عن الواقع ، مثل الشعور بأن الجسد بعيد عن الفرد ، وكأنه قطع) وذلك بالإضافة إلى أعراض عصبية وظيفية مستمرة على فترات متقطعة .

وغالباً ما ينشأ الإجهاد بصورة عابرة ، والذى ُيفاقم من أعراض الفصامي والتي تجعلها أكثر وضوحا . أما الفئة المتبقية من الاضطراب الفصامي الأخرى - المحددة [1]- والذى من أمثلته : المزمنة / أو ذو الأعراض الفصامي المختلطة المتكررة ، ومن معايير التشخيص الفصامي : اضطراب الهوية ؛ والدورالفصامي الثانوي لغسيل المخ Brain Washing ؛ ولا بد لتشخيصه من ظهور عرضين بصورة حادة ، لمدة أقل من شهر واحد ، من الفصامي المختلط والذى يتميز بوجود أعراض ذهانية ، والتى منها : فصامي النشوة / فصامي الذهول أو غيبوبة / ، ومتلازمة جانسر (يعطى فيه الفرد أجوبة تقريبية ومبهمة) .

---

(١) أى تم تشخيصه فى الدليل التشخيصى (DSM-5) .

اضطراب الهوية الفصامية Dissociative Identity Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F44.81) :

A . تعطيل الهوية التي تميز اثنين أو أكثر من السمات الشخصية المميزة لها ، والتي ويمكن وصفها في بعض الثقافات باعتبارها تجربة الاستحواذ على الفكرة . أو ظهور اختلال في الهوية ينطوي على انقطاع ملحوظ في الشعور بالذات ، والذى يرافقه تغييرات ذات صلة بالتأثير فى السلوكيات ، والوعي والذاكرة والإدراك ، والذى يشمل الأداء الحركي ، والحس حركي ، ويمكن ملاحظة هذه العلامات والأعراض من قبل الآخرين أو مما قد يذكره الفرد .

B . الثغرات المتكررة في استدعاء الأحداث اليومية ، والمعلومات الشخصية الهامة ، والأحداث المؤلمة التي تتعارض مع النسيان العادي .

C . الأعراض بسبب الضيق الإكلينيكى الهام ، أو ضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو فى بعض المجالات الهامة الأخرى .

D . لا يُعد الاضطراب جزء طبيعي من ممارسة ثقافية أو اجتماعية مقبولة على نطاق واسع .

ملاحظة : لا يتضح الاضطراب في الأطفال ، على نحو أفضل من قبل : الأعراض المصاحبة / أو الوهمية أو غيرها من اللعب الخيالى السائد - بصورة عادية - مع الأطفال فى مراحل عمرية محددة .

E . لا تعزى الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (وصفة عامة : السلوك الفوضوي أثناء تسمم الكحول) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، النوبات - الإغماءات - الجزئية المعقدة) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

قد تحدث فترات مستمرة من اضطراب الهوية عند حدوث الضغوط النفسية شديدة والتى تستمر لفترات طويلة . وفي كثير من الحالات يتم حيازة شكل من أشكال الهوية الاضطراب الفصامي ، وفي نسبة صغيرة من الحالات عدم حيازة هذا النموذج ، البديل ،قد يظهروا شكل فصامي لاضطراب الهوية ، والتى لا تعرض بشكل علني ، وعلى مدارفترات طويلة من الوقت ؛ ويمكن أن يحدد الاضطراب بمجموعتين من الأعراض :

١) التغيرات المفاجئة أو انقطاعات في الشعور الذاتي (A) .

٢) فقدان الذاكرة الفصامي المتكرر (B) .

وترتبط أعراض المعيار (A) بانقطاعات من الخبرة التي يمكن أن تؤثر على أي جانب من جوانب أداء الفرد . ويجوز للأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي تقرير الشعور بأنهم أصبحوا فجأة مراقبين مسلوب شخصيتهم باتخاذ إجراءات " خاصة " ، والتي قد تشعرهم بالعجز عن وقف (الشعور بالذات) . ويمكن لهؤلاء الأفراد أيضاً تقرير التصورات من الأصوات (على سبيل المثال ، صوت بكاء طفل؛ وصوت أشباح ، أو خيالات متوهمة) . ويتأتى لدى الفرد مشاعر قوية ، نبضات ، وحتى الكلام أو الإجراءات الأخرى قد تظهر فجأة ، دون شعور بالملكية أو السيطرة الشخصية (الشعور كلة) .

وهذه المشاعر والدوافع هي في كثير من الأحيان غير منسجمة مع الأنا ، كما أن المواقف والرؤى ، والتفضيلات الشخصية (على سبيل المثال ، الطعام ، والأنشطة ، واللباس) قد تتحول فجأة وتتحول بعد ذلك إلى الخلف (فقد الإدراك) . يجوز لهولاء الأفراد تقرير أن أجسامهم صارت مختلفة (على سبيل المثال ، وكأنه طفل صغير ، مثل الجنس الآخر ، أو ضخم والعضلات) . وقد تكون مصحوبة بتغيرات في الشعور بالذات وفقدان كامل للشخصية بواسطة الشعور بأن هذه المواقف والمشاعر ، والسلوكيات ، سائدة لدى الجميع ، على الرغم من أن معظم أعراض المعيار (A) هي أعراض ذاتية بحتة ، وكثير من هذه الانقطاعات المفاجئة في الكلام ، المؤثرة ، والتى يمكن أن تُشاهد من قبل الأسرة والأصدقاء ، أو الطبيب .

أما نوبات الصرع غير التحويلي الأخرى ، فهي أعراض بارزة في بعض العروض من اضطراب الهوية الفصامي ، وخاصة في بعض البيئات الثقافية .

أما فقدان الذاكرة الفصامي من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي فيظهر في ثلاث طرق رئيسية هي : -

١) الثغرات في الذاكرة البعيدة من أحداث الحياة الشخصية (على سبيل المثال ، فترات مرحلة الطفولة أو المراهقة ، وبعض الأحداث الهامة في الحياة ، مثل وفاة الجد ، الزواج ، ولادة) .

٢) هفوات في الذاكرة يمكن الاعتماد عليها (على سبيل المثال ، ما حدث اليوم ، وفى المهارات ، مثل كيفية القيام بعملهم ، واستخدام الكمبيوتر ، القراءة ، والقيادة) .

٣) اكتشاف أدلة على التصرفات اليومية والمهام التي كانت لا تذكر به (على سبيل المثال ، العثور على الأشياء غير المبررة في أكياس التسوق الخاصة بهم أو بين ممتلكاتهم ؛ العثور على كتابات أو رسومات محيرة ؛ اكتشاف الإصابات؛) .

[الفوج] الفصامي ، حيث يكتشف الفرد فصل السفر الشائع . وبالتالي ، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي قد يقرروا أنهم وجدوا أنفسهم فجأة على الشاطئ ، أو في العمل ، أو في مكان ما في المنزل (على سبيل المثال ، في خزانة ، على سرير أو أريكة في الزاوية) مع عدم وجود تذكر بالكيفية التى جاء بها إلى هناك .

ولا يقتصر فقدان الذاكرة عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهوية فصامي على الأحداث المجهدة أو الصدمة ، فغالباً لا يتذكر الأفراد (العاديين) كامل الأحداث اليومية .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي، فيختلفوا في وعيهم ، وفى الموقف تجاه فقدان الذاكرة بهم . ومن الشائع لهؤلاء الأفراد أن تكون بعض تصرفاتهم مفتقدة ، والتى قد تكون واضحة للآخرين ، كما هو الحال عندما لا يذكر هؤلاء الأشخاص ما قد فعلوه ، أو ما قالوه بالفعل .

وعادة ما تظهر اضطراب الهوية الفصامية في شكل سلوكيات تظهر كما لو كان " روح" ، خارق يجري ، أو اتخذت من شخص خارج السيطرة ، مثل أن يبدأ الفرد يبدأ في الكلام أو التصرف بطريقة مختلفة تماما . على سبيل المثال ، سلوك الفرد قد يعطي مظهراً مختلفاً . ومع ذلك ، فإن غالبية تلك الأعراض تدور حول العالم الذى يعيش فيه ، إلا أنها عادة ما تكون جزءاً من الممارسة الخيالية ، وليس لتلبية معايير اضطراب الهوية الفصامي .

وينشأ اضطراب الهوية نتيجة حيازة شكل من اضطراب الهوية الفصامي الحاضر ، والمتكرر ، الطوعى ، وغير الطوعي ، والذى يسبب ضائقة إكلينيكية هامة مهمة ، وليست جزء طبيعي من السلوك المقبول على نطاق الثقافي أو الممارس على نطاق واسع . (D)

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي الخامس ، عادة ما يعانوا من الاكتئاب المرضي ، والقلق ، وتعاطي المخدرات ، وإيذاء النفس ، والنوبات غير المصاحبة بالصرع ، أو مع الأعراض شائعة أخرى ، مثل اضطرابات الوعي ، فقدان الذاكرة ، أو أعراض فصامية أخرى .

والعديد من الأفراد مع اضطراب الهوية الفصامي ، يروا أحداث وذكريات الماضي الفصامي السابقة كما لو كانت تحدث في الوقت الحاضر ، وغالباً ما يتم ذلك مع تغيير الهوية ، أو مع فقدان كامل للاتصال مع الواقع الحالي من خلال فقدان الذاكرة اللاحق لمحتوى الفلاش باك . وعادة ما يعانى هؤلاء الأفراد المصابين بهذا الاضطراب من أنواع متعددة من سوء معاملة الأشخاص الآخرين لهم أثناء مرحلة الطفولة والبلوغ .

وقد تحدث فى وقت مبكر من الحياة أشكال أخرى من سوء المعاملة مثل الأحداث المؤلمة ، أو الإجراءات الطبية المبكرة للحياة ، مما قد يُسهم فى تشويه الذات والسلوكيات السلبية المتكررة .

ويعانى بعض الأفراد من ظواهر نفسية عابرة فى صورة حلقات متتابعة ، وقد يحدث تورط للعديد من مناطق الدماغ - في فسيولوجيا الدماغ المرضية لاضطراب الهوية الفصامي - بما في ذلك القشرة الأمامية المدارية ، الحصين ، التلفيف ، واللوزة .

معدل الانتشار Prevalence :

يستمر اضطراب الهوية الفصامي لمدة (١٢ شهرا) من بين البالغين في الولايات المتحدة ، وأيدت دراسة أجريت فى الولايات المتحدة أن معدل الانتشار يصل إلى ١,٥٪ بين الجنسين في هذه الدراسة ١,٦ ٪ لذكور و١,٤ ٪ للإناث .

التنمية والدورة Development and Course :

يرتبط اضطراب الهوية الفصامي مع التجارب الساحقة ، بصدمة الأحداث ، أو إساءة المعاملة التي تحدث في مرحلة الطفولة ، قد تظهر فى شكل اضطراب كامل قد تظهر منذ مرحلة الطفولة المبكرة إلى المراحل المتأخرة من العمر .

أما التفكك الذى يحدث لدى الأطفال فقد يتولد عنه مشاكل في الذاكرة والتركيز ، والتعلق ، واللعب ، والذى يُعبر عن الصدمة . ومع ذلك ، فإن الأطفال عادة لا يتعايشوا مع تغييرات الهوية ، وقد تظهر تغيرات مفاجئة في الهوية خلال فترة المراهقة ، وقد تتم اضطرابات المراهقين فقط ، بالتزامن مع المراحل المبكرة مع اضطراب عقلي آخر .

أما الأفراد من كبار السن فقد يقدموا على العلاج مع اضطرابات المزاج في وقت متأخر من الحياة ، والذى قد يرتبط بالوسواس ، والوسواس القهري ، وجنون العظمة ، واضطرابات المزاج الذهانية ، أو الاضطرابات المعرفية نظرا لفقدان الذاكرة الفصامي . وفي بعض الحالات ، ربما يؤثر الاضطراب على الذكريات ، التى تتداخل بشكل متزايد في الوعي مع التقدم في السن .

وقد يكون يتسبب فى انهيار المعارضة النفسية والتغيرات العلنية في الهوية عن طريق : -

١) إزالة الوضع من صدمة (على سبيل المثال ، من خلال مغادرة المنزل) .

٢) الأطفال الذين تعرضوا للاعتداء أو صدمة كبيرة .

٣) الذين تعرضوا لتجارب مؤلمة في وقت لاحق ، حتى تلك التي تبدو بأنها غير منطقية .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : يرتبط الاعتداء الجسدي والجنسي مع زيادة خطر اضطراب الهوية الفصامي . أما معدل انتشار هذا الاضطراب ، فهو يعود إلى الإهمال فى مرحلة الطفولة في الولايات المتحدة الأمريكية ، وكندا ، وأوروبا بين أولئك الذين لديهم اضطراب فيصل إلى حوالي ٩٠ ٪ . كما يضاف إلى تلك المسببات ، آخر أشكال التجارب المؤلمة ، بما في ذلك الإجراءات الطبية والجراحية في مرحلة الطفولة ، كما تم الإبلاغ عن الحرب ، وبغاء الأطفال .

معدلات الحالة : يؤدى الاعتداء المستمر ، إلى نبش جراح تلك الحالات في وقت لاحق من الحياة ، كما يؤدى الاعتلال العقلى المشترك ، والمرتبط مع الاضطراب ، أو مع مرض طبي شديد ، إلى المساهمة فى تأخير العلاج المناسب مع التشخيص الأدنى لتلك الحالات .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة Culture-Related Diagnostic issues :

العديد من مميزات اضطراب الهوية الفصامي يمكن أن يتأثر بخلفية الفرد الثقافية . كما قد يقدم الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب أعراضاً طبية بارزة ، مثل الأعراض العصبية غير المبررة ، مثل النوبات غير الصرعية ، ووهن الحركات الحسية الحركية ، كما قد يحدث اضطراب الهوية الفصامي في البيئات الثقافية حيث أن مثل هذه الأعراض شائعة . وبالمثل ، في الأماكن الأخرى (مثل المناطق الريفية في العالم النامي ، وبين بعض الجماعات في الولايات المتحدة وأوروبا) .

وقد يشمل اضطراب الهوية المجزأة (الفصامى) ، امتلاك أشكال من الحيوانات ، والتثاقف (إظهار الإلمام بثقافة أخرى غير محلية) أو الاتصال بين الثقافات لفترات طويلة ، وقد تشكل خصائص الهويات الأخرى (على سبيل المثال ، الهويات في الهند : هى التحدث باللغة الإنجليزية وحدها ، وارتداء الملابس الغربية) .

وغالباً ما ينطوى اضطراب الهوية الفصامي على السلوكيات المتكررة أو الثابتة ؛ وعلى صراع بين الفرد (له / أو لها) وبين الأسرة المحيطة به ، وبين الوسط الاجتماعى ، أو العمل ، ويتجلى ذلك في بعض الأحيان في الأماكن التي تنتهك قواعد الدين ، أو الثقافة .

تشخيص قضايا المتعلقة بنوع الجنس
Gender-Related Diagnostic issues :

تسود الحالة الصحيةً السيئة مع اضطراب الهوية الفصامية لدى الكبار من الإناث ، ولكن ليس من خلال الإعدادات السريرية فى مرحلة الطفولة لديهم .

أما الذكور البالغين الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي، فقد ينكروا أعراض الصدمة وتاريخها ، وهذا يمكن أن يؤدي إلى ارتفاع معدلات التشخيص السلبية الكاذبة . فى حين يُظهر الإناث مع اضطراب الهوية الفصامية ، تواترا أكثر حدة ، (وعلى سبيل المثال ، ذكريات الماضي ، فقدان الذاكرة ، شرود ، وظيفية عصبية [التحويل] أعراض الهلوسة ، وتشويه الذات) .

وعادة ما يكون الذكور أكثر إجرامية أو إظهار السلوك العنيف ، وقد يشترك كل من الإناث / والذكور ، فى جوانب مشتركة للدور الفصامي الحاد ، والذى يشمل القتال ، وأوضاع السجون ، والاعتداءات الجسدية أو الجنسية .

مخاطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) Suicide Risk :

حاول أكثر من ٧٠ ٪ من المرضى الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، مع محاولات متعددة شائعة لهذا السلوك المتكرر والمضر بالنفس . أما تقييم خطر الانتحار ، فقد يكون معقداً عندما يكون هناك فقدان في الذاكرة ، نحو سلوك الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) الماضي أو عند تقديم هوية لا يستشعرها ، وغيرها ممن يجهل فصله ، أو تبعات القيام به .

الآثار الوظيفية لاضطراب الهوية الفصامي :

تتفاوت انخفاض القيمة الذاتية على نطاق واسع ، وعلى ما يبدو إلى الحد الأدنى لها (على سبيل المثال ، في المهنيين تظل القيمة عالية الأداء) .

وبغض النظر عن مستوى الإعاقة ، فإن الأفراد مع اضطراب الهوية الفصامي الشائع ، قد يقللوا من تأثير أعراضهم الفصامي أو مع اضطراب ما بعد الصدمة . وقد تضر تلك الأعراض السلبية المرتفعة للأفراد ، في علاقتهم الزوجية ، ووظائف الأسرة ، والأبوة والأمومة أكثر من حياتهم المهنية والمهنية (وعلى الرغم من أن الأخيرة قد تتأثر أيضاً) . كما قد يُظهر العديد من الأفراد تحسنا ملحوظا في الأداء المهني والشخصي مع تقديم العلاج المناسب . ومع ذلك ، فإن نسبة قليلة للغاية ، قد تستمر مع هذا الاضطراب ، والذى يؤثر في معظم أنشطة الحياة . إلا أنه يمكن لهؤلاء الأفراد أن يستجيبوا للعلاج ، ولكن ببطء شديد ، وذلك مع انخفاض تدريجي في التحسين أو التسامح لأعراض كل من ما بعد الصدمة / والفصامي بهم .

كما يجوز للعلاج الداعم - البطئ طويل الأجل - أن يُسهم في زيادة قدرة هؤلاء الأفراد على إدارة أعراضهم وتقليل استخدام مستويات أكثر تقييدا من الرعاية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات الفصامية الأخرى المحددة . جوهر اضطراب الهوية فصامي هو تقسيم (تجزئة) الهوية ، والعمل على التعطيل المتكرر للأداء الواعي والشعور بالذات ، ويشترك في هذه السمة الأساسية مع شكل واحد من الاضطرابات الفصامية الأخرى المحددة ، ويمكن التميز بين اضطراب الهوية الفصامي من خلال وجود أعراض فصامية متكررة ومزمنة أو المتكررة ، والمختلطة والتي لا تستوفي المعيار (A) للهوية الفصامي والتى لا تقترن باضطراب فقدان الذاكرة المتكررة .

اضطراب اكتئابي : غالباً ما يكون الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي ، ما يعانون من الاكتئاب ، كما قد تظهر الأعراض تلبية معايير لحلقة اكتئابية . ويشير التقييم الدقيق أن هذا الاكتئاب في بعض الحالات لا يلبي المعايير الكاملة للاضطراب الاكتئابي . اضطراب الاكتئاب الآخر المحدد في الأفراد مع الفصامي / ومع اضطراب الهوية في كثير من الأحيان يكون لديهم ميزة مهمة : هى المزاج المكتئب والإدراك المتقلب .

اضطرابات القطبين : غالباً ما يتم تشخصيه بصورة خاطئة على الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي / مع الاضطراب الثنائي القطب .

وقد تبدأ التحولات السريعة نسبيا في المزاج العام في الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ، وعادة في غضون دقائق أو ساعات ، وعلى النقيض من التغيرات المزاجية تتم بصورة أبطأ ، إلا أنه عادة ما ينظر إليها في الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القطبين كنتيجة للتحولات السريعة في المزاج الذاتية ، والأكثر شيوعاً في جميع أنحاء الدور الفصامي ، وأحيانا ما يرافقه تقلبات في مستويات التنشيط .

وعلاوة على ذلك ، فإن اضطراب الهوية الفصامي ، يتسم بارتفاع المزاج المكتئب ، والذى قد يسود لفترة طويلة نسبيا من الزمن (في كثير من الأحيان لعدة أيام) أو قد يحدث التحول في غضون دقائق .

اضطراب ما بعد الصدمة : بعض الأفراد المصابين بصدمات نفسية على حد سواء : اضطراب ما بعد الصدمة / واضطراب الإجهاد (PTSD) ، / واضطراب الهوية الفصامي . وهو ما يتطلب التشخيص الدقيق من الطبيب للتفريق بعدم وجود / أو وجود أعراض فصامية قد لا تنتمي لسمات الاضطراب الحاد ، أو اضطراب الإجهاد / أو اضطراب ما بعد الصدمة . إلا أن بعض الأفراد مع اضطرابات ما بعد الصدمة ، قد يظهرون أعراض فصامية واضحة ، والتي يمكن أن تحدث أيضاً نتيجة اضطراب الهوية الفصامية ومنها :

١) فقدان الذاكرة لبعض جوانب الصدمة .

٢) فصامي حول ذكريات الماضي (مع انخفاض توجه الوعي الحالي) .

٣) أعـراض التـسلل والتجنـب للآخـرين ، التعـديلات الـسلبية في الإدراك والمزاج ، وفرط التيقظ التي تركز حول الحدث الصادم . ومن جهة أخرى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي ، بالتزامن مع أعراض فصامية واضـحة / لكنـها ليست مظهرا من مظاهر اضطرابات ما بعد الصدمة والتى منها : -

- الفقدان الكثير للذاكرة اليومية العادية (أي غير الأحداث المؤلمة) .
- ذكريات الماضي الفـصامي ، الـتي قـد يليهـا فقـدان الـذاكرة لمحتـوى الفلاش باك (ما سبق عمله ، أو أدائه) .
- التدخلات التخريبية (لا علاقة لها بالمواد الصدمة) من قبل ما يتم فصله عن الهوية وشعور الفرد الذاتي .
- التغيرات الكاملة النادرة لأعراض الهوية المختلفة .

اضطرابات ذهانية : قد يتم الخلط بين اضـطراب الهويـة الفـصامي مـع الفـصام أو الاضطرابات النفسية الأخرى ، أو مع الأصوات التدخلية / التواصلية التى تدل على اضطراب الهوية الفصامي ، وخاصة للطفل (على سبيل المثـال ، "أسمـع طفلـة صـغيرة تبكي في خزانة ، ورجل غاضب يصرخ في وجهها") ، وقد يشير إلى هلوسة ذهانية .

وتعد تجزئة الهوية أو الحيازة ، أحد أساسيات تجربـة الاضـطراب الفـصامي ، كما ينظر إليه من فقدان السيطرة على الأفكار والمشاعر والدوافع ، والأفعال ، ويمكـن الخلط بينه وبين العلامات الرسمية (الأعراض) لاضطراب الفكر ، مثـل الفكـر المـشتت أو الانسحاب .

وقد يقدم الأفراد مع الفصامي ، ومع اضـطراب الهويـة أيـضاً تقريـرا بالهلوسـة البصرية ، اللمس ، الشم ، والتذوق ، حتى الهلوسة الجسدية ، والتي عـادة مـا تـرتبط بعوامل ما بعد الصدمة والاضطراب الفصامي ، مثل جزئية ذكريات الماضي .

وقد يواجه الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي هذه الأعراض كما الناجمة عن هويات (ذاتية) بديلة ، حين لا يـدركون تفـسيرات لوهميـة تلـك الظـواهر ، وغالباً ما توصف الأعراض بطريقة عينيه (على سبيل المثـال ، " أشـعر وكـأنني شـخص آخر- تريد الأصوات الداخلية منى - في البكاء مع عيني") .

كما يرتبط اضطراب الهوية الفصامي مع الشعور بالاضطهاد والإنحطاط ، والمساير مع أعراض الاكتئاب ، والذى يمكن أن يُشخص خطأ على أنه اكتئاب شديد مع ميزات ذهانية .

تغيير هوية الفوضى والتدخلات الحادة ، قد تعطل الفكر ، ويمكن التمييز بين تلك العمليات من الاضطراب الذهانية الوجيز من غلبة الاضطراب الفصامي ، وأعراض حلقة فقدان الذاكرة ، ويتم التقييم التشخيصي الجيد بعد توقف الأزمة ، والذى يمكن أن يساعد في تأكيد ودعم التشخيص .

الاضطرابات التي يسببها الدواء الجوهر : الأعراض الفسيولوجية المرتبطة بآثار مادة يمكن تمييزها عن اضطراب الهوية الفصامي ، إلا إذا كان مضمون الحكم على هذا التساؤل هو الحكم عليه بأنه ذات صلة بالإضطراب .

اضطرابات الشخصية : الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي ، غالباً ما يظهروا مجموعة متنوعة من المميزات شديدة الاضطراب في الشخصية ، حيث يشير التشخيص التفريقي من اضطراب الشخصية ، وفي نمط الشخصية (بسبب عدم التناسق بين الهوية / الشخصية) والذى يختلف عن الضعف المنتشر والمستمر في التأثير على إدارة العلاقات النموذجية من ذوي اضطرابات الشخصية .

اضطراب التحويل (اضطراب وظيفي ذو أعراض عصبية) : قد يتم تمييز هذا الاضطراب عن طريق اضطراب الهوية الفصامي . وقد يُحدث فقدان الذاكرة الفصامي / مع اضطراب التحويل المحدود والمقيد (على سبيل المثال ، فقدان الذاكرة نتيجة نوبة صرع) .

اضطرابات الاستيلاء : الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامية قد يواجهوا أعراض وسلوكيات ، كتلك التي تشبه النوبات الجزئية المعقدة ، وتشمل : انعدام الشخصية ، الغربة عن الواقع ، وتخيل الخروج من الجسد ، وفقدان الذاكرة ، واضطرابات الوعي ، والهلوسة ، وغيرها من الفقد الظاهر للإحساس ، والتفكير .

وتفرق النتائج الكهربية العادية – بما في ذلك القياس عن بعد – فى التفريق بين نوبات / غير الصرع من أعراض اضطراب الهوية الفصامي . ويمكن للأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي الحصول عشرات الفروق التشخيصية العالية

جدا ، / عنها لدى الأفراد الذين يعانون من النوبات الجزئية المعقدة . الاضطراب الصنعي والتمارض . الأفراد الذين يعانوا من اضطراب الهوية الفصامي لا يبلغون عن الأعراض الخفية المميزة للاضطراب ، كما تميل أعراض اضطراب فقدان الذاكرة الفصامي ، والذى يحظى - بتغطية إعلامية على مستوى العالم - في حين تعد الأعراض المرضية للاكتئاب أقل حظا من الدعاية .

الأفراد الذين - يصتنعوا - اضطراب الهوية الفصامي يميلوا إلى أن يكونوا مستقرين نسبياً ، أو حتى قد يبدون مستمتعين " بوجود" هذا الاضطراب . / وفي المقابل ، فإن الأشخاص الذين يعانون - حقيقية - من اضطراب الهوية الفصامي يميلوا إلى الخجل من أنفسهم ، أو من طغيان تلك الأعراض عليهم ، وقد يلجئوا إلى نفي حالتهم .

وتفيد فى عملية التقييم لتلك الحالات كل من : المراقبة المتتابعة ، والمتزامنة للتاريخ المرضى لهؤلاء الأفراد ، وتقييم الجوانب النفسية المكثفة لديهم .

أما الأفراد الذين يتمارضوا (يتصنعوا) اضطراب الهوية الفصامي فعادة ما تكون محدودة ، ومعبرة عن نمطية الهوية (الشخصية) البديلة ، مع فقدان الذاكرة مصتنع ، والمتعلق بأحداث يسعى إلى كسبها (مثال : القاتل الذى يتصنع الاضطراب الفصامى لينجو من الإعدام) .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يعاني العديد من الأفراد من اضطراب الهوية الفصامي الحاضر بالتوازى / مع الاضطراب المرضي . وإذا لم يتم تقييمه ومعالجته كإضطراب فصامي فقد تسوء الحالة ، وفي كثير من الأحيان لا يتلقي هؤلاء الأفراد العلاج مباشرة ، نظراً لحصولهم على فترات طويلة فى تشخيص الحالة المرضية فقط دون تقديم العلاج المناسب ، وقد يحدث العلاج - بشكل عام - استجابة محدودة ، ويسهم فى رفع المعنويات الناتجة عن ذلك .

وعادة ما يحمل الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي / لعدد كبير من الاضطرابات المرضية الأخرى . على وجه الخصوص ، ما يرتبط بتطوير أعراض اضطراب ما بعد الصدمة .

وتترافق مع اضطراب الهوية الفصامي كل من : اضطرابات الاكتئاب والصدمة والاضطرابات المرتبطة بالضغوطات ، وبإضطرابات الشخصية (الشخصية الانطوائية) واضطراب التحويل (إضطراب وظيفي عصبي) واضطراب الأعراض الجسدية ، واضطرابات الأكل ، والاضطرابات المتعلقة بالجوهر ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطرابات النوم .

أما التعديلات التى يمكن أن تحدث فى الهوية الفصامية ، فتشمل : اضطرابات فى الذاكرة ، والوعي ، والذى قد يؤثر على أحد أعراض الاضطرابات المرضية الأخرى .

اضطراب فقدان الذاكرة الفصامية Dissociative Amnesia :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F44.0) :

A . عدم القدرة على تذكر المعلومات الهامة للسيرة الذاتية ، والناشئة عادة من الصدمة / أو الطبيعة المجهدة ، وهو ما يتعارض مع النسيان العادي .

ملاحظة : في معظم الأحيان يتكون فقدان الذاكرة الفصامي من فقدان الذاكرة الموضعية أو الانتقائية لحدث معين أو الأحداث التى تتصل بفقدان الذاكرة المعمم للهوية ، وتاريخ حياة الفرد .

B . الأعراض : يسبب الضيق الإكلينيكى الهام ضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو بعض المجالات الهامة الأخرى . ولا ’يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل الكحول أو غيرها من تعاطى المخدرات ، أو نتيجة استخدام دواء معين) ويعزى كذلك إلى حالة طبية أو عصبية أخرى (وعلى سبيل المثال ، النوبات الجزئية المعقدة ، فقدان الذاكرة العابرة ، عواقب إصابة في الرأس المغلقة ، إصابات في الدماغ ، حالة عصبية أخرى) .

D . لا يفسر الاضطراب - بصورة جيدة - من خلال اضطراب الهوية الفصامي ، ولا من اضطراب ما بعد الصدمة ، واضطراب الإجهاد ، واضطراب التوتر الحاد ، واضطراب الأعراض الجسدية ، ولا من خلال اضطراب عصبي رئيس أو خفيف .

ملاحظة الترميز : رمز فقدان الذاكرة الفصامي دون شرود فصامي هو (F44.0) .
أما رمز فقدان الذاكرة الفصامي مع شرود فصامي فهو (F44.1) .

تحديد ما إذا :

(F44.1) مع شرود فصامي : وتبدو فيه الحالة ، هادفة للتجوال ، أو حائرا فى المشى ، والمقترن بفقدان الذاكرة عن الهوية / أو لغيرها من السيرة الذاتية الهامة له .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features ،

السمة المميزة لفقدان الذاكرة الفصامي ، هى عدم القدرة على تذكر سيرته الذاتية والمعلومات الهامة ، وأنه :

١) يجب أن يتم تخزينها في الذاكرة بنجاح .

٢) عادة سوف يتذكر بسهولة .

(A) . ويختلف فقدان الذاكرة الفصامي عن فقدان الذاكرة الدائمة بسبب الأضرار العصبية الحيوية أو السمية التي تمنع تخزين الذاكرة أو استرجاعها ، إلا أنها قد تكون دائما قابلة للانفجار ، لأن الذاكرة تقوم بتخزينها . بنجاح .

فقدان الذاكرة الموضعية ، عدم تذكر الأحداث خلال فترة محدودة من الوقت ، هو الشكل الأكثر شيوعاً من فقدان الذاكرة فصامي . وقد يكون فقدان الذاكرة الموضعية أوسع من فقدان الذاكرة لذلك الحدث الأليم (على سبيل المثال ، أشهر أو سنوات ، والمرتبطة بإساءة معاملة الأطفال) .

وعند حدوث فقدان الذاكرة الانتقائي ، يمكن للفرد تذكر بعض ، ولكن ليس كل شيء من الأحداث خلال فترة محدودة من الوقت . وهكذا ، فإن الفرد قد يتذكر جزءاً من صدمة الحدث ، ولكن ليست كل الأجزاء الأخرى . وقد أبلغ بعض الأفراد عن فقدان الذاكرة على حد سواء العاملة / أو الانتقائية .

يُعد فقدان الذاكرة المعمم ، وفقدان الذاكرة الكامل ، لتاريخ حياة فرد واحد ، أمر نادر الحدوث ، وقد ينسى الأفراد مع فقدان الذاكرة المعمم الهوية الشخصية لهم . كما أن بعض المعرفة السابقة حول العالم المحيط بهم قد تفقد كذلك (أي المعرفة الدلالية) مع عدم القدرة على الوصول إلى المهارات المكتسبة بصورة جيدة (أي ، المعرفة الإجرائية) .

ويبدأ فقدان الذاكرة المعمم بصورة حادة ، ويشوبه الحيرة ، والارتباك ، والتجول بلا هدف AN4 ، وعادة ما يتم تقديم هؤلاء الأفراد مع فقدان الذاكرة المعمم

إلى الشرطة ، أو إلى خدمات الطوارئ النفسية . ويعد فقدان الذاكرة المعمم أكثر شيوعاً بين المحاربين القدامى ، ومع ضحايا الاعتداء الجنسي ، والأفراد الذين يعانوا من التوتر العاطفي الشديد أو الصراع .

ولا يدرك الأفراد مع فقدان الذاكرة الفصامي في كثير من الأحيان (أو جزئيا فقط) بأنهم يعانون من مشاكل في الذاكرة الخاصة بهم . ولا سيما مع فقدان الذاكرة الموضعية ، كما يقللون من أهمية فقدان الذاكرة ، والتي يمكن أن تصبح غير مريحة عندما يطلب منهم ذلك .

أما في فقدان الذاكرة المقنن ، فإن الفرد يفقد الذاكرة لفئة محددة من المعلومات (على سبيل المثال ، كل الذكريات المتعلقة بعائلة واحدة ، أو شخص معين ، أو الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة) . أو في فقدان الذاكرة المستمر ، حيث ينسى فيه الفرد كل حدث جديد .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

العديد من الأفراد مع فقدان الذاكرة الفصامي يعانون من ضعف مزمن في قدرتهم على الحفاظ على علاقات مرضية سوية . وبعض الأفراد مع فقدان الذاكرة الفصامي لديهم تقارير بذكريات الماضي الفصامي (سلوكيات الأحداث المؤلمة) . ولدى الكثير منهم : تاريخ من تشويه الذات ، ومحاولات الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، وغيرها من السلوكيات عالية المخاطر .

كما يشمل الاضطراب وظيفية الاكتئاب ، والأعراض العصبية الشائعة ، وكذلك انعدام الشخصية ، وأعراض الخلل الجنسي الشائعة . وقد تسبق إصابات الدماغ فقدان الذاكرة الفصامي .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار لمدة (١٢ شهرا) لفقدان الذاكرة الفصامي بين الصغار والبالغين في المجتمع الأمريكي وفق نتائج الدراسات يصل إلى ١,٨٪ (١,٠ ٪ للذكور و٢,٦ ٪ للإناث) .

التنمية والدورة Development and Course :

عادة ما تكون بداية فقدان الذاكرة معممة ومفاجئة : ولا يعرف الكثير عن بداياته (DSM-5) ، لأن فقدان الذاكرة نادرا ما يكون واضحاً ، وحتى للفرد نفسه . وعلى الرغم من أن الأحداث الصادمة أو التي لا تطاق ، والتي عادة ما تسبق فقدان الذاكرة الموضعية ، إلا أن بدايته قد تتأخر لعدة ساعات أو أيام أو لفترة أطول من ذلك .

وقد يقرر الأفراد مع الحلقات المتعددة من فقدان الذاكرة الفصامي . وحلقة واحدة منها قد تؤهب لحلقات أخرى في المستقبل . ومن بين النوبات من فقدان الذاكرة ، يجوز للفرد أن يظهر أعراض حادة .

ويمكن أن تتراوح مدة الأحداث المنسية من دقائق إلى عدة عقود . كما أن بعض الحلقات من فقدان الذاكرة الفصامي قد تزول بسرعة (وعلى سبيل المثال ، عند إنهاء عمل شخص مع بعض الأوضاع المجهدة الأخرى) ، وقد تستمر بعض الحلقات الأخرى لفترات طويلة من الزمن .

كما قد يتذكر بعض الأفراد تدريجيا فصلهم - في وقت لاحق - لذكريات سنوات طويلة . كما قد تنخفض قدرات الفصامي مع التقدم في السن ، ولكن ذلك ليس دائما .

وقد يعود فقدان الذاكرة إلى وجود ضائقة كبيرة ، تعصى على الحل ، والتي قد تتزامن مع أعراض اضطراب الإجهاد ، إضافة لاضطراب الصدمة والتشنج (PTSD) . وقد لوحظ تباين في فقدان الذاكرة الفصامي لدى الأطفال الصغار والمراهقين ، والبالغين . فقد يكون أكثر صعوبة لدى الأطفال ، نظراً لصعوبة تقييمهم / لأنهم في كثير من الأحيان يجدوا صعوبة في فهم الأسئلة حول فقدان الذاكرة ، وقد تواجه المقابلات صعوبة في صياغة توجيه الأسئلة للطفل حول الذاكرة وفقدان الذاكرة .

أما الملاحظات الناتجة من تشخيص فقدان الذاكرة الفصامية ، فغالباً ما يصعب تمييزها عن الغفلة ، والإمتصاص ، والقلق ، والمعارضة ، واضطرابات السلوك والتعلم . إلا أن التقارير الواردة من عدة مصادر مختلفة (على سبيل المثال ، المعلم ، المعالج ، المختص بدراسة الحالة) يؤكدون على أهمية الحاجة لتشخيص أفضل وأكثر عمقاً لفقدان الذاكرة لدى الأطفال .

العوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : التجارب المؤلمة واحدة أو المتكررة (على سبيل المثال ، الحرب ، وسوء المعاملة في مرحلة الطفولة ، الكوارث الطبيعية ، الاعتقال في معسكرات الاعتقال والإبادة الجماعية) هي السوابق المشتركة . هو أكثر احتمالا أن تحدث مع : -

١) فقدان الذاكرة الفصامي عدد أكبر من السلبية تجارب الطفولة ، والاعتداء الجسدي أو الجنسي بشكل خاص .

٢) العنف بين الأشخاص .

٣) زيادة الشدة ، والتردد ، والعنف من الصدمة .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : لا توجد دراسات جينية حول فقدان الذاكرة الفصامي ، إلا أن الدراسات حول تفكك الشخصية قدمت تقارير للعوامل الوراثية والبيئية الكبيرة من خلال التشخيصات السريرية ومن عينات غير سريرية .

المعدلات : وتشمل إزالة الظروف المؤلمة التي يقوم بها الفصامي من فقدان الذاكرة (على سبيل المثال ، العنف الشديد) كما يترافق فقدان الذاكرة لدى الأفراد مع شرود فصامي بشكل خاص . وتظهر أعراض الانخفاض الموضعية ، والانتقائية ، المقترنة بفقدان الذاكرة .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة Culture-Related Diagnostic issues :

قد تصاحب الأعراض العصبية من فقدان الذاكرة الفصامية في آسيا ، والشرق الأوسط ، وأمريكا اللاتينية ، نوبات غير صرعية وغيرها من الوظائف . أما في المجتمعات الثقافات التقييدية للغاية ، فإن مسببات فقدان الذاكرة الفصامي لا تنطوي في كثير من الأحيان مع الصدمة الصريحة . وبدلا من ذلك ، قد يسبق فقدان الذاكرة ظهور ضغوط نفسية شديدة أو صراعات (على سبيل المثال ، الصراع الزوجي ، والاضطرابات العائلية الأخرى ، والمشاكل المتصلة بصراعات التقييد أو الظلم) .

مخاطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) Suicide Risk :

سلوكيات التدمير الذاتي / الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) وغيرها من الأمور الشائعة في الفرد الفصامي / مع فقدان الذاكرة . وقد يكون السلوك الانتحارى (إزهاق النفس المحرم شرعاً) خطراً خاصة عندما يحدث فقدان الذاكرة فجأة ، ويثقل كاهل الفرد مع ذكريات ومسؤوليات لا تطاق .

أما الآثار الوظيفية للفصامي / مع فقدان الذاكرة ، فيتمثل فى انخفاض قيمة الأفراد الذاتية ، والانتقائية ، والتى تتراوح بين محدودة / وحادة . كما أن الأفراد مع فقدان الذاكرة الفصامي المعمم المزمن ، فعادة ما يكون لديهم انخفاض فى القيمة الشخصية في جميع جوانب عملها . وحتى عندما يكون لدى هؤلاء الأفراد جوانب من تاريخ حياتهم ، مع بقاء ضعف الذاكرة الشخصية سارياً ، وقد يتحول معظمهم معوقين مهنياً .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطراب الهوية الفصامي . قد يظهر الأفراد مع فقدان الذاكرة الفصامي : انعدام الشخصية وأعراض التوهان . كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الهوية الفصامي يبدون تدنى واضح فى مستوى الشعور بالذات ، يرافقه العديد من الأعراض فصامي الأخرى .الأفراد مع الموضعية ، وانتقائية ، وفصامي منهجية مستقرة نسبيا . ففقدان الذاكرة في الهوية الفصامية وتشمل اضطراب فقدان الذاكرة للأحداث اليومية ، وإيجاد الممتلكات (الأشياء) التافهة وغير المبررة ، مع تقلبات مفاجئة في المهارات والمعارف والفجوات الرئيسة في استدعاء تاريخ حياتهم ، وفقدان وجيز فى الذاكرة ، مع وجود ثغرات في التفاعلات الشخصية مع الآخرين .

اضطراب ما بعد الصدمة : بعض الأفراد مع اضطرابات ما بعد الصدمة لا يذكرون جزء من أو كل ذلك الحدث الأليم المحدد (على سبيل المثال ، ضحية الاغتصاب ، مع انعدام الشخصية أو الغربة عن الواقع ، ومن الأعراض كذلك أنهم لا يستطيعون تذكر معظم الأحداث على مدار يوم كامل) . وقد يمتد فقدان الذاكرة إلى أبعد من وقت حدوث الصدمة .

الاضطرابات العصبية . في حالة الاضطرابات العصبية ، يحدث فقدان للذاكرة ، وعادة ما يتم تضمينها في المعرفية واللغوية والعاطفية ، الانتباه ، والاضطرابات السلوكية . وفى حالة فقدان الذاكرة الفصامي ، والعجز في التذكر ، إلا أنه قد يتم الحفاظ على القدرات الفكرية والمعرفية .

الاضطرابات المرتبطة بالجوهر : في سياق التسمم المتكرر مع الكحول أو غيره من المواد والأدوية ، قد يكون هناك حلقات عامة متصلة / أو منفصلة من فقدان الذاكرة .

وللمساعدة في تمييز هذه الحلقات من فقدان الذاكرة الفصامي ، يجب دراسة تاريخ طويل من هذه الحلقات ، والتى تساعد في تحديد مصدرها / مثل المادة التي تسببها ، إلا أن التمييز قد يكون من الصعب عند الفرد مع الفصامي ، فقد يعود فقدان الذاكرة أيضاً إساءة استخدام الكحول أو استخدام المواد المخدرة ، أو مواد أخرى في سياق الحالات المجهدة التي قد تؤدي إلى تفاقم الأعراض الفصامية .

ويؤدى الاستخدام المطول للكحول أو مواد أخرى ، إلى حدوث الاضطراب الناجم عن مادة عصبية التي قد تترافق مع وظيفة الضعف المعرفي ، كما يؤدى هذا السياق التاريخى الممتد من تعاطي المخدرات إلى استمرار العجز المرتبط بالاضطراب العصبي ، لتمييزه عن فقدان الذاكــرة الفصامي ، حيث لا يوجد - عادة - أي دليل على انخفاض القيمة الثابتة في سير العمليات الفكرية .

فقدان الذاكرة بسبب إصابة الدماغ ما بعد الصدمة : قد يحدث فقدان الذاكرة في سياق الصدمة إصابات الدماغ (TBI) وعندما يكون هناك تأثير لإصابة الرأس ، عندها يظهر الفرد الحركة السريعة ، أو التشريد من الدماغ داخل الجمجمة TBI . وتشمل الخصائص الأخرى TBI فقدان الوعي ، والارتباك والتشوش ، في الحالات الأكثر شدة ، تظهر علامات عصبية (على سبيل المثال ، شذوذ على تصوير الأعصاب ، وبداية جديدة للمضبوطات أو تفاقم اضطراب ملحوظ ، وتدنى المجال البصري ، الشم) .

A اضطراب عصبي يعزى إلى حدوث إصابات الدماغ أو بعد أن يسترد الفرد وعيه مباشرة ، أو بعد الإصابة ، وتستمر لفترة طويلة لما بعد الإصابة الحادة . أما الجوانب المعرفية للاضطراب العصبي فيتضمن صعوبات في مجالات الاهتمام المعقدة ، وخلل فى الوظيفة التنفيذية للمهام المختلفة ، التعلم والذاكرة وكذلك سرعة وتباطؤ فى معالجة المعلومات ، والاضطرابات في مجال الإدراك الاجتماعى . وتساعد هذه الخصائص الإضافية - السابقة - فى تمييزه عن فقدان الذاكرة الفصامي .

إضطرابات الاستيلاء : الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الاستيلاء قد يستمر معهم / السلوك المعقد/ عقب حالة آخر فقدان للذاكرة . وبعض الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الاستيلاء ، قد يدخلون في التيه (التوهان) . وعلى العكس ، فإن السلوك خلال الشرود الفصامي هو عادة هادف ، ومعقد ، ويمكن أن يستمر لعدة أيام أو أسابيع أو لفترة أطول من ذلك .

وفي بعض الأحيان ، فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الاستيلاء سوف يتذكرون السيرة الذاتية ، والتي تم " محوها " في وقت سابق . ولا يرتبط فقدان الذاكرة هذا مع الظروف المؤلمة والتي تحدث بصورة عشوائية . ويظهر رسم المخ بالرصد الكهربي عادة تشوهات القياس ، والذى عادة ما يظهر وجود ارتباط بين حلقات فقدان الذاكرة وتدنى النشاط ، وقد تترابط فقدان الذاكرة الفصامي مع الصرع .

الذهول المشلول : البكم مع الذهول المشلول قد يوحي بفقدان الذاكرة الفصامي ، ومن أعراضه الأخرى (على سبيل المثال ، الصلابة ، والمواقف السلبية) والاضطراب الصنعي والتمارض . ولا يوجد اختبار ، أو بطارية من الاختبارات ، أو مجموعة من الإجراءات التى يمكن بها تمييز / فقدان الذاكرة الفصامي / من فقدان الذاكرة المصطنع / . وقد لوحظ أن الأفراد مع الاضطراب المصطنع أو التمارض يلجئون إلى الخداع حتى خلال المقابلات المنومة . وقد لوحظ أن فقدان الذاكرة الصنعى هو أكثر شيوعاً في الأفراد مع : -

١) ا فقدان الذاكرة الفصامي الحاد / الردىء .

٢) مشاكل مالية ، جنسية ، أو قانونية .

٣) يرغب للهروب من الظروف المجهدة .

" إلا أن فقدان الذاكرة الحقيقية يمكن أن يكون مرتبطاً مع تلك الظروف ذاتها " .

وقد يلجأ العديد من الأفراد إلى التمارض من تلقاء أنفسهم / أو عندما يواجهون تغيرات طبيعية ، أو مرتبطة بالعمر ، والذاكرة . أما التناقصات في الذاكرة الرئيسة ، فتشير إلى اضطرابات عصبية خفيفة ، تختلف عن فقدان الذاكرة فصامي ، والتي عادة ما ترتبط مع الأحداث المجهدة ، المعقده المنتشرة على نطاق واسع .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

كما يبدأ فقدان الذاكرة الفصامي فى التحول عبر مجموعة واسعة من الظواهر العاطفية السطحية : -

وذلك مثل : الانزعاج والحزن والغضب والخجل ، والشعور بالذنب ، والصراع النفسي والاضطراب ، والانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والتفكير فى الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

وتلي تلك الأعراض المعايير التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الثابت (اكتئاب)؛ واضطراب الإكتئاب ؛ واضطرابات الاكتئاب المحددة أو غير محددة ؛ واضطراب التكيف ، مع المزاج المكتئب ، أو اضطراب التكيف ، مع اضطراب مختلط من المشاعر . وقد يتطور مع العديد من الأفراد - مع فقدان الذاكرة الفصامي - للوصول إلى اضطراب ما بعد الصدمة عند نقطة معينة خلال حياتهم ، وخصوصا عندما يتم استدعاء السوابق المؤلمة من فقدان الذاكرة الخاصة بهم في المرحلة الواعية من حياتهم .

ولدى العديد من الأفراد / مع فقدان الذاكرة الفصامي الكثير من الأعراض التي تلي معايير التشخيص للأعراض الجسدية المرضية أو اضطراب ذات الصلة (والعكس بالعكس) ، بما في ذلك أعراض الاضطراب الجسدي ، واضطراب التحويل (إضطراب أعراض عصبي وظيفي) . ولدى العديد من الأفراد مع فقدان الذاكرة الفصامي أعراض تلي تشخيص معايير اضطراب الشخصية ، والتي تتصف بشكل خاص ، على الانطوائية .

اضطراب انعدام الشخصية المغربة Dereallzation Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F48.1) :

A . وجود الخبرات المستمرة أو المتكررة من انعدام الشخصية ، والغربة عن الواقع ، أو كليهما :

١. انعدام الشخصية : تجارب غير واقعية ، مفرزة ، أو كونه مراقب من آخرين (لا وجود لهم) وفيما يتعلق بأفكار الفرد ومشاعره وأحاسيسه ، وجسمه ، أو الإجراءات (على سبيل المثال ، التعديلات الإدراك الحسي ، والشعور المشوه حول الزمن ، وغير الواقعية ، أو غير موجودة فى الأساس ، مع الاستغراق فى الذهول) .

٢. الغربة عن الواقع : وذلك عبر تجارب غير واقعية أو مفرزة فيما يتعلق بالمناطق المحيطة بها (على سبيل المثال ، غير واقعي ، ضبابي ، لا حياة فيه ، أو مشوه بصريا) .

B . خلال فترة انعدام الشخصية أو تجارب الغربة عن الواقع / إلا أن اختبار الواقع لا يزال سليما .

C . تسبب تلك الأعراض الضيق إكلينيكي هام ، وضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو بعض المجالات الهامة أخرى .

D . لا يعـزى هـذا الاضـطراب إلى التـأثيرات الفـسيولوجية لمـادة (مثـل ، تعـاطي المخدرات ، والأدوية) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، ونوبـات فقـدان الوعى) .

E . لا يجـب أن يفـسر الاضـطراب مـن خـلال آخـر اضـطراب عقلـي ، مثـل الفصام ، إضطرابات الهلع ، اضـطراب الاكتئـاب الـشديد ، واضـطراب التـوتر الحاد ، ما بعد الصدمة اضطراب الإجهاد ، أو اضطراب فصامي آخر .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمات الأساس للاضـطراب هـى انعـدام الشخـصية المغربـة عـن الواقـع ثابتـة أو المتكررة ، مع حلقات انعدام الشخصية ، الغربة عـن الواقـع ، أو كليهمـا . وتتميـز حلقات الشعور بانعدام الشخصية غير الواقعي .

وقد يشعر الفرد بأنه منفصل (له / أو لها) بصورة كاملة عن الوجود (علـى سـبيل المثال ، "أنا لا أحد "ليس لدي ذات ") . (أنه / أو أنها) قد يشعر أيضاً بالفصل الذاتي من جوانب النفس ، بما في ذلك المشاعر (على سبيل المثال ، : "أنا أعـرف أن لـدي مـشاعر لكنني لا أشعر بها") ، والأفكار (الجسم كلـه أو أجـزاء الجـسم ، أو الأحـاسيس) علـى سـبيل المثـال ، اللمـس ، اسـتقبال الحـس العميـق ، الجـوع ، والعطـش ، والرغبـة الجنسية) . قد يكون هناك أيضاً شعور بالتقلص (على سبيل المثال ، والشعور بالروبوتيـة (إنسان آلى) ، وكأنه إنسان يفتقر إلى السيطرة على الكلام أو الحركات الواحدة) .

تجربة انعدام الشخـصية يمكـن أن تكـون في بعـض الأحيـان / ناتجـة عـن إنقـسام النفس ، مع جزء واحد ، أو مشاركة ، والمعروفة باسم " تجربة الخروج من الجسد " في تقريرها الأكثر تطرفا للنموذج . والأعراض موحـدة مـن " انعـدام الشخـصية " يتكـون العرض من عدة عوامل : -

خبرات الجسم الشاذة (أي غير واقعية للذات ، أو للتعديلات الإدراكيـة)؛ مثـل الذهول المادي؛ والتشوهات الزمنية . وتتميز بنوبات من الغربة عـن الواقـع مـن خـلال الشعور غير الـواقعي ، أو عـدم الإلمـام ، بالعـالم المحـيط ، سـواء كـان ذلـك الأفـراد أو الجماد ، أو كل المناطق المحيطة بهم (A2) . وقد يشعر الفرد كما لـو (أنـه / أو أنهـا) كان في الضباب ، والحلم ، أو فقاعة هواء ، أو كما لـو كـان هنـاك حجـاب أو جـدار

زجاجي بين الفرد والعالم المحيط به . وهذا المحيط قد يكون باهتاً بصورة اصطناعية ، عديم اللون ، أو هامد . وعادة ما يرافق ذلك عادة كل من : الغربة عن الواقع بواسطة التشوهات البصرية الذاتية ، مثل التشويش ، وزيادة حدة المجال البصري (يتسع / أو يضيق) ، واثنين من أبعاد التسطيح ، المبالغ فيه ثلاثى الأبعاد ، أو تغيير المسافة أو حجم الكائنات (أو عبر رؤية مستصغرة) . كما يمكن أن تحدث التشوهات السمعية ، حيث يتم كتم الأصوات أو زيادتها .

معيار C يتطلب وجود ضائقة إكلينيكية مهمة ، أو ضعف في العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من معايير D وE السابقة فى وصف التشخيصات المحددة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد الذين يعانون من اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع قد يجدون صعوبة في وصف الأعراض ،والتي قد يظن البعض أنها أعراض : " مجنونة" أو "بالجنون " . والشائعة من تجربة الخوف من تلف في الدماغ الذى لا رجعة فيه .

أما الأعراض التى ترتبط عادة بالتغيير الذاتي فهى / مع مرور الوقت أما تكون : (سريعة جدا / أو بطيئة جدا) ، فضلا عن صعوبة الشخص في التذكر بوضوح بذكريات الماضي ، مع نقص فى امتلاك العناصر الشخصية والعاطفية السوية . أما الأعراض الجسدية فهى مبهمة ، مثل إمتلاء الرأس ، والوخز ، أو الدوار ، غير الشائع . كما قد يستغرق الأفراد الذين يعانون من (إضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع) بالتأمل المدقع أو الانشغال الوسواسي (على سبيل المثال ، استمرار التوجس حول ما إذا كانت موجودة حقا ، أو صعوبة التحقق من تصوراتهم لتحديد إن كانت حقيقية أم لا) . مع درجات متفاوتة من القلق والاكتئاب ، والتى ترتبط بالمميزات المشتركة . كما تم العثور على أن الأفراد المصابين بهذا الاضطراب لديهم محفزات فسيولوجية عاطفية . وتشمل الركائز العصبية الناتجة من الغدة النخامية ، وقشرة الكظر (الكظرية) ، والفصيص الجداري السفلي ، والفص الجبهي القشري (فى الجبهة من مقدمة الرأس / أو ما يعرف بالقشرة الدماغية) .

معدل الانتشار Prevalence :

تشمل الأعراض العابرة لإنعدام الشخصية المغربة عن الواقع ، والتي قد تمتد لساعات دائمة ، أو لأيام ، تشمل عموم الأفراد . ومعدل الانتشار لمدة (١٢ شهرا) من انعدام الشخصية المغربة عن الواقع ، ويعتقد أن الاضطراب قد يكون أقل بشكل ملحوظ من الأعراض العابرة ، وعلى الرغم من أن التقديرات الدقيقة لهذا الاضطراب غير متوفرة . إلا أن وبشكل عام ، فإن ما يقرب من نصف جميع البالغين شهدوا واحدة على الأقل من حلقة عمر انعدام الشخصية المغربة عن الواقع . ومع ذلك ، فإن الأعراض التي تلبي المعايير الكاملة لاضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع هي بشكل ملحوظ أقل شيوعاً من الأعراض العابرة . كما قد يستمر معدل الانتشار مدى الحياة في الولايات المتحدة وبلدان غير الولايات المتحدة ، إلى ما يقرب من ٢ ٪ (بما يتراوح ما بين ٠,٨ إلى ٢,٨ ٪) . أما نسبة الفروق بين الجنسين لهذ الاضطراب فهي ١ : ١ أي متعادلة .

التنمية والدورة Development and Course :

متوسط العمر عند بداية اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع هو ١٦ عاما ، وعلى الرغم من أن هذا الاضطراب يمكن أن يبدأ في مرحلة الطفولة المبكرة أو المتوسطة ؛ إلا أن أقلية لا تذكر كم من الوقت مضى من بداية هذه الأعراض . وأقل من ٢٠ ٪ من الأفراد يعانون من ظهوره بعد سن ٢٠ عاما فقط و٥ ٪ بعد سن ٢٥ عاما .

إلا أن منذ بداية العقد الرابع من العمر أو في وقت لاحق / لا يظهر هذا الاضطراب ، ويعد أمراً غير مرصود تماماً .

ويمكن أن تكون بدايته تتراوح من المفاجئ للغاية إلى التدريجي . كم أن مدة انعدام الشخصية المغربة عن الواقع يمكن أن تكون على شكل حلقات اضطراب ، والتي قد تستمر لفترة وجيزة (ساعات أو أيام) أو لفترات طويلة (أسابيع أشهر ، أو سنوات) . ونظرا لندرة ظهور الاضطراب بعد سن ٤٠ عاما ، في مثل هذه الحالات الفردية ينبغي أن تدرس عن كثب الظروف الطبية الأساسية المرتبطة بذلك (على سبيل المثال ، الدماغ ، وتوقف التنفس أثناء النوم) . ويتضح أن مسار الاضطراب ثابتاً في كثير من

الأحيان . حيث تنطوى ثلث الحالات على حلقات منفصلة ، وثلث من الأعراض الأخرى المستمرة ، والثلث الأخير لا يزال في بداية ظهور الأعراض ، والذى قد يصبح في النهاية إضطراباً مستمراً .

بينما في بعض الأفراد الذين يعانوا من شدة الأعراض - في الحالات القصوى - فيمكن أن تكون موجودة باستمرار لسنوات أو عقود . وتؤثر العوامل الداخلية والخارجية على شدة الأعراض ، والتى تختلف بين الأفراد ، ويمكن أن تتسبب فى تفاقم الحالة بسبب الإجهاد ، وتدهور المزاج أو القلق أو إعدادات المحفزات الأخرى ، والعوامل المادية مثل الإضاءة أو قلة النوم .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors ،

المخاطر المزاجية : والتى تميز الأفراد الذين يعانون من اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع بواسطة الضرر المزاج الانطوائي ، والدفاعات غير الناضجة ، والدفاعات غير الناضجة مثل ، الإسقاط والتصرف به في حالة إنكار الواقع . ويعكس خلل الانقطاع المعرفي المخطط والتثبيط العاطفي والذى يستوعب موضوعات الإيذاء والإهمال ، والحرمان . وينطوي المخطط العام للحالة ، ضعف الحكم الذاتي مع ضعف التركيز ، وعدم الكفاءة .

المخاطر البيئية : هناك علاقة واضحة بين اضطراب الشخصية وبين صدمات الطفولة في جزء كبير لدى الأفراد ، وعلى الرغم من أن ذلك غير منتشر كما في الاضطرابات الفصامية الأخرى ، مثل اضطراب الهوية الفصامي . وعلى وجه الخصوص ، وقد تم رصد الاعتداء العاطفي والإهمال العاطفي ، وهو ما يرتبط بقوة مع اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع . ويمكن أن تشمل أسبابه نتيجة الضغوطات المادية الأخرى ، مثل إساءة المعاملة ؛ والعنف المنزلي ؛ أو الوفاة المفاجئة للوالدين ، أو الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) من أحد أفراد العائلة أو قريب له .

أما الاعتداء الجنسي فهو أقل شيوعاً بكثير ولكن يمكن أن يحدث مصادفة .

ومن مسببات هذا الاضطراب التوتر الشديد (نتيجة للشئون المالية والمهنية) والاكتئاب ، والقلق (ولا سيما ذعر الهجمات) ، وتعاطي المخدرات غير المشروعة . وقد تشكل تلك الأعراض حافزا على وجه التحديد لتعاطى مواد مثل تتراهيدر

وكانابينول ، والمهلوسات ، الكيتامين ، وميثيلين "النشوة ") والمريمية . إلى استخدام الماريجوانا (الحشيش) والذى قد يعجل بداية جديدة بين نوبات الذعر وأعراض انعدام الشخصية المغربة عن الواقع في وقت واحد .

تشخيص قضايا ذات الصلة الثقافية Cuiture-Reiated Diagnostic issues:

التجارب التي يسببها إرادي من انعدام الشخصية المغربة عن الواقع ، والتى يمكن أن تكون جزءاً من الاضطراب التأملي ، ويجب أن لا يتم تشخيص الممارسات التي تنتشر في العديد من الأديان والثقافات وبين الاضطراب . ومع ذلك ، فإنه يمكن السيطرة عليها في البداية ، ولكن مع مرور الوقت يفقد السيطرة عليها ويمكن أن تتطور إلى الخوف والنفور للممارسات ذات الصلة .

الآثار الوظيفية لاضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع :

أعراض اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع هي محزنة للغاية ، وترتبط مع الاعتلال الرئيسي للحالة . وبالسلوك العاطفي (الروبوتية / الآلية) إلا أن ذلك – في كثير من الأحيان – يثبت تعارضه مع الألم العاطفي الشديد من قبل أولئك الذين لديهم اضطراب . وغالباً ما يشهد ذلك انخفاضاً في كل من الشخصية والمجالات المهنية ، إلى حد كبير بسبب صعوبة فى التواصل الشخصي مع الآخرين ، أو فى التركيز والاحتفاظ المعلومات ، والشعور العام بانقطاع الحياة وتوقفها .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis

إضطراب القلق المرضى : على الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع يمكنهم تقديم شكاوى جسدية غامضة ، فضلا عن إبدء مخاوف من تلف المخ الدائم لديهم ، ويتميز تشخيص اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع من قبل بحضور كوكبة من أعراض انعدام الشخصية المغربة عن الواقع ، وغياب المظاهر الأخرى لمرض اضطراب القلق .

الاضطراب الاكتئابي : ويشمل مشاعر الخدر ، واللامبالاة ، والذى يشبه شكل الحلم غير الشائع في نوبات الاكتئاب الكبرى . ومع ذلك ، ترتبط هذه الأعراض في انعدام اضطراب الشخصية المغربة عن الواقع ، مع زيادة أعراض هذا الاضطراب .

والتى تسبق بوضوح بداية اكتئاب الحلقة ، وقد يستمر بعدها تشخيص انعدام الشخصية بكل ما ينطبق من اضطراب الغربة عن الواقع .

. اضطراب الوسواس القهري : بعض الأفراد مع انعدام الشخصية المغربة عن الواقع يمكن أن يصبحوا مشغوليين بقلق شديد مع خبراتهم الذاتية أو تطوير طقوس (ممارسات) التدقيق على حالة من أعراضهم . ومع ذلك، فإن الأعراض الأخرى من الوسواس القهري لاضطراب انعدام الشخصية لا علاقة لها بالغربة عن الواقع .

الاضطرابات الفصامية الأخرى : من أجل تشخيص انعدام الشخصية المغربة عن الواقع ، يجب ألا تحدث الأعراض في سياق اضطراب فصامي آخر ، مثل اضطراب الهوية الفصامي . والتمايز من فقدان الذاكرة الفصامي واضطراب التحويل (إضطراب وظيفي ذو أعراض عصبية) وهو من أبسط ، أعراض هذه الاضطرابات ، والتى لا تتداخل مع اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع .

إضطرابات القلق : اضطراب الشخصية المغربة عن الواقع هو احد أعراض نوبات الذعر ، والشائعة بشكل متزايد مع تزايد شدة هجوم الذعر . لذلك ، فإن انعدام الشخصية يجب أن لا يتم تشخيصه بالإضطراب ، إلا عندما تحدث الأعراض فقط خلال نوبات الذعر التي تمثل جزءاً من اضطراب الهلع ، واضطراب القلق الاجتماعى ، أو الرهاب المحدد . بالإضافة إلى ذلك ، فإنه ليس من غير المألوف بالنسبة لأعراض انعدام الشخصية المغربة عن الواقع ، أن تبدأ في سياق هجمات ذعر كبداية جديدة لاضطراب الهلع ، وفي مثل هذه العروض ، فإن تشخيص اضطراب انعدام الشخصية المغربة عن الواقع يمكن تحديده فيما يلى : -

١) مكون انعدام الشخصية المغربة عن الواقع من خلال أعراضه يبدو بارزاً جدا منذ البداية ، وهو ما يتجاوز بشكل واضح في مدة وشدة وقوع نوبات الذعر الفعلي .

٢) استمرار انعدام الشخصية المغربة عن الواقع بعد اضطرابات الهلع ، قد يتم تحويلها أو علاجها بنجاح .

الاضطرابات الذهانية : وجود اختبار سليم للواقع فيما يتعلق على وجه التحديد بأعراض انعدام الشخصية المغربة عن الواقع لا بد معه / التفريق بين انعدام الشخصية المغربة عن الواقع وبين الاضطرابات الذهانية . والتى نادرا ما تكون النتائج إيجابية مع

٤. نشوة الفصام : يتميز هذا الشرط من قبل تضييق الحادة أو كاملة فقدان الوعي المحيط المباشر الذي يظهر تجاوب عميق كما أو عدم حساسية للمؤثرات المخاطر البيئية . قد يكون عدم تجاوب يرافقه السلوكيات النمطية طفيفة (على سبيل المثال ، حركات أصابع) منها الفرد يجهل أو أنه أو أنها لا يمكن السيطرة عليها ، وكذلك شلل عابر أو فقدان الوعي . نشوة فصامي ليس جزء طبيعي من المقبول على نطاق واسع الممارسة الثقافية أو الجماعية .

اضطراب فصامي غير محدد

(F44.9) 200.15 Unspecified Dissociative Disorder ،

ينطبق هذا التصنيف على العروض التي الأعراض المميزة الفصامي الفوضى التي تسبب الضيق هامة إكلينيكيا أو ضعف في الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء ، والتي تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات فصامي فئة التشخيص .

أما الفصامي غير محدد التشخيص ، فيشير إلى فئة اضطراب الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب / بدعوى أن تلك المعايير لم يتم الوفاء بها لتشمل الاضطراب الفصامي المحدد ، والذى يشمل العروض التي تتوفر لها معلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

اضطرابات الأعراض الجسدية Somatic symptom disorder ،

اضطراب الأعراض الجسدية وغيرها من الاضطرابات ، مع أعراض جسدية بارزة تشكل فئة جديدة في الدليل التشخيصى DSM-5 وتسمى بالأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة . ويشمل هذا ذلك تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية ، واضطراب المرض والقلق ، واضطراب التحويل (إضطراب وظيفي نتيجة لأعراض عصبية) .

أما العوامل النفسية التي تؤثر على الحالات الطبية الأخرى ، مثل الاضطراب الصنعي ، وغيرها من الاضطرابات الجسدية المحددة والاضطرابات ذات الصلة ، والأعراض الجسدية غير المحددة ، كل من هذه الاضطرابات تمثل سمة مشتركة لكل من : بروز الأعراض الجسدية المرتبطة مع محنة كبيرة وضعف طبي عام .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطرابات بارزة مع أعراض جسدية شائعة في الرعاية الصحية الأولية والإعدادات الطبية الأخرى ، فهي أقل شيوعاً في إعدادات الصحة العقلية والنفسية الأخرى .

أما صيغ ومفاهيم هذه التشخيصات ، فتتم على أساس إعادة تنظيم الدليل الرابع DSM- IV لتشخيصات الاضطراب الجسدي الشكل ، وهي أكثر فائدة للرعاية الأولية عن غيرها (غير النفسية) .

أما التشخيص الرئيس في هذه الفئة من اضطراب الأعراض الجسدية ، فيؤكد أن التشخيص يتم على أساس من الأعراض والعلامات الإيجابية (أعراض جسدية مؤلمة بالإضافة إلى أفكار شاذة ، ومشاعر ، وسلوكيات الاستجابة لهذه الأعراض) وذلك بدلا من عدم وجود تفسير طبي لتلك لأعراض الجسدية . وهناك خاصية مميزة لدى العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأعراض الجسدية / والذى لا يختص بالأعراض الجسدية في حد ذاتها ، ولكن بالطريقة التي عرض بها وبتفسيرها . والتى يتم فيها دمج المكونات العاطفية ، المكونات / بالمكونات المعرفية ، والسلوكية ، ضمن معايير اضطراب الأعراض الجسدية ، والذى يوفر انعكاس أكثر شمولا ودقة من الصورة السريرية ، ومن خلال تقييم الشكاوى الجسدية للحالات ، لتحديد صورة كاملة للتشخيص الصحيح .

المبادئ الكامنة وراء التغييرات في الأعراض الجسدية والتشخيصات ذات الصلة من الدليل الرابع IV- DSM تشكل عاملا حاسما في الدليل التشخيصى الخامس DSM- 5. والجسدية على مدى الدليل الرابع IV– DSM والذى كان يصفه بالاضطرابات المربكة ، وتم استبداله بالأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة .

في الدليل الرابع DSM–IV كذلك كان هناك قدر كبير من التداخل عبر الاضطرابات الجسدية وعدم وضوح حول حدود التشخيص . وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات في المقام الأول في الوقت الحاضر يواجهون مصاعب طبية بدلا من إعدادات الصحة العقلية ، إدراك هذا التداخل عن طريق الحد من عدد من الاضطرابات وكذلك على الفئات الفرعية من تصنيف الدليل التشخيصى DSM-5 الحالى .

المعايير السابقة المبالغ فيها تمثل أعراض مركزية غير مبررة طبيا : ومثل هذه الأعراض موجودة بدرجات مختلفة ، ولا سيما في اضطراب التحويل ، ولكن يمكن يتواجد أيضاً فى أعراض الاضطرابات الجسدية المرافقة لتشخيص الاضطرابات الطبية . ذات موثوقية فى تحديد أحد الأعراض الجسدية المحدودة ، وغير المبررة طبيا ، والتى أسس فيها التشخيص على عدم وجود تفسير إشكالية تعزيز ثنائية العقل والجسم . إلا أنه ليس من المناسب إعطاء الفرد تشخيص الاضطراب العقلي ، لأنه وحده لا يمكن أن يُظهر السبب الطبي له . وعلاوة على ذلك ، فإن وجود التشخيص الطبي لا يستبعد احتمال وجود اضطراب عقلي مرضي ، بما في ذلك الأعراض الجسدية أو الاضطرابات ذات الصلة . والتى تنشأ ربما بسبب التركيز الغالب على عدم وجود تفسير طبي لها ، ويعتبر بعض الأفراد هذه التشخيصات تحقير مهين لهم ، مما يعني أن الأعراض الجسدية لم تكن "حقيقية" لذا فإن التصنيف الجديد DSM-5 يحدد التشخيصات الكبرى الدامغة ، مثل اضطراب الأعراض الجسدية ، الذى يتم على أساس الأعراض الإيجابية (أعراض جسدية مؤلمة بالإضافة إلى الأفكار الشاذة ، والمشاعر ، والسلوكيات رداً على هذه الأعراض) . ومع ذلك ، لا تزال هناك أعراض غير مبررة طبيا كسمة رئيسة في اضطراب التحويل (أعراض جسدية أخرى محددة / والاضطراب ذات الصلة) لأنه من الممكن أن تثبت نهائيا في مثل هذه الاضطرابات أن الأعراض لا تتفق مع الفسيولوجيا المرضية الطبية .

من المهم أن نلاحظ أن بعض الاضطرابات النفسية الأخرى قد تظهر في البداية مع المقام الأول أعراض جسدية (مثل ، اضطراب اكتئابي ، اضطراب الهلع) . ومثل هذه التشخيصات قد تكون مسؤولة عن الأعراض الجسدية ، أو أنها قد تحدث جنباً إلى جنب مع واحدة من الأعراض الجسمية والاضطرابات ذات الصلة .

وعلى الرغم من أن الأعراض الجسدية كثيراً ما ترتبط مع الضغط النفسي والاضطراب النفسي ، إلا أن بعض هذه الأعراض الجسدية يمكن أن تنشأ بشكل عفوي ، ويمكن أن تكون أسبابها غامضة . وقد يصاحب قلق الاضطرابات واضطرابات الاكتئاب أعراضاً جسدية ، أو اضطرابات ذات الصلة .

وتـؤدى شـدة الاضـطراب الـوظيفي / إلى زيـادة الأعـراض الجـسدية ، وشـدة التعقيد إلى زيادة حالة الاكتئاب، والموازى لاضطرابات القلق .

وفي حالات نادرة ، فإن درجة الانشغال قد تكون شديدة وذلك لتبرير النظـر في تشخيص اضطراب الوهمية . وهناك عدد من العوامل التي قد تساهم في ظهور الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة ، والتى تشمل الضعف الوراثي والبيولـوجي (علـى سبيل المثال ، زيادة الحساسية للألم) ، الـصدمة في وقـت مبكـر تجـارب الطفولـة (علـى سبيل المثال ، العنف وسوء المعاملة والحرمان) ، وكذلك المعايير الثقافية الاجتماعية التي تحط من قيمة الفرد ، ووصم المعاناة النفسية مقارنة مع المعاناة الجسدية .

إضافة إلى الاختلافات في الرعاية الطبية - عبر الثقافات - التى تـؤثر علـى درجـة أعراض الاضطراب ، وإدارة هذه الأعـراض الجـسدية . وتنـشأ تلـك الاختلافـات في الأعراض - من المرجح - نتيجة لتفاعل عوامل متعـددة ضـمن الـسياقات الثقافيـة الـتي تؤثر على كيفية تحديد وتصنيف الأحاسيس الجسدية للأفراد ، ومستوى التماس العنايـة الطبية لهم . وبالتالي ، يمكن أن ينظـر إليهـا بوصـفها تعبيرا عـن العـروض الجـسدية ، والمعاناة الشخصية ، التى يتم إدراجها في السياق الثقافي والاجتماعى .

وتتميز كل من هذه الاضطرابات عن طريق التركيز على أبرز المخاوف الجسدية ، وعلى العرض بشكل رئيس في المجـال الطـبي ، بـدلا مـن إعـدادات الرعايـة الـصحية النفسية .

ويوفر اضطراب الأعراض الجسدية وسيلة أكثر فائدة إكلينيكية مـن تميـز الأفـراد الذين قد تم النظر فيهم في الماضي لتشخيص اضطراب الجسدنة (الاضطراب المـصحوب بأعراض جسدية) . وعلاوة على ذلك ، فإن مـا يقـرب مـن ٧٥ ٪ مـن الأفـراد قـد تم تشخيصهم سابقا مع ما يتم إدراجه ضمن تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية .

ومع ذلك ، فإن حوالي ٢٥ ٪ من الأفراد الذين يعانون منـه ، لـديهم ارتفـاع فى مستوى القلق في غياب الأعـراض الجـسدية ، ورغـم ذلـك لا تؤهـل تلـك الأعـراض الكثيرة الأفراد للحصول على تشخيص دقيق لاضطراب القلق .

أما تشخيص الدليل التشخيـصى DSM-5 لاضـطراب القلـق ، فقـد ركـز علـى المخاوف الجسدية ، وهو مدرج مـع الأعـراض الجـسدية والاضـطرابات ذات الـصلة .

وهناك ميزة أساس في اضطراب التحويل ، وهي الأعراض العصبية التى تم تشخيصها بدقة ، وتم تقييم العصبية المناسبة ، لتكون متوافقة مع الفسيولوجيا المرضية العصبية . وتؤثر العوامل النفسية التي تم تضمينها على الحالات الطبية الأخرى أيضاً في هذا الفصل . وتتمثل الميزة الأساس بوجود من واحد أو أكثر من العوامل النفسية أو السلوكية الإكلينيكية الهامة ، ذات التأثير السلبي على حالة طبية ، وذلك عن طريق زيادة مخاطر المعاناة ، والموت ، أو الإعاقة ، ومثل تلك الأعراض الجسدية الأخرى والاضطرابات ذات الصلة ، والإضطراب، الذى يجسد استمرار المشاكل المتعلقة بتصور المرض والهوية .

في الغالبية العظمى من الحالات المبلغ عنها من الاضطراب الصنعي ، سواء المفروضة على النفس أو المفروضة على آخر ، كما يتم تضمين الاضطراب الصنعي مع أعراض جسدية وقناعة مرضية طبية فى الدليل التشخيصى DSM-5 ، أما الاضطرابات الأخرى ذات الصلة المحددة بالأعراض الجسدية وأعراض الاضطراب الجسدي ذات الصلة وغير المحدد بالإضطراب ذات الصلة والذى لا يشمل كل ما يتصل بالأعراض الجسدية ، وفق معايير اضطراب القلق أو اضطراب المرض .

اضطراب الأعراض الجسدية Somatic Symptom Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F45.1) :

A . واحد أو أكثر من أعراض الجسدية المؤلمة أو التي تؤدي إلى خلل خطير للحياة اليومية .

B . الأفكار المفرطة ، والمشاعر السلبية ، أو السلوكيات المتصلة بأعراض جسدية أو المرتبطة بالمخاوف الصحية ، كما يتجلى ذلك من جانب واحد على الأقل مما يلي : -

١. أفكار غير متناسبة ومستمرة حول خطورة أعراض واحدة .
٢. استمرار ارتفاع مستوى القلق حول الصحة أو الأعراض .
٣. الوقت المفرط والطاقة المخصصة لهذه الأعراض أو المخاوف الصحية .

C . على الرغم من أي أعراض جسدية واحدة قد لا تكون موجودة بشكل مستمر ، إلا أنها قد تشىر إلى أعراض غير ثابتة (عادة أكثر من ٦ أشهر) .

تحديد ما إذا كان : اضطراب الألم السابق : المحدد للأفراد ، والذى ينطوي على أعراض جسدية مصحوبة بالألم .

تحديد ما إذا كان : ثابتة : وتتميز بدورة مستمرة من قبل الأعراض الحادة ، والضعف الملحوظ ، والمدة الطويلة (أكثر من ٦ أشهر) .

تحديد شدة الحالي : -

- خفيف : واحد فقط من الأعراض المحددة في المعيار B يتم الوفاء بها .
- معتدل : يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B .
- شديد : يتم الوفاء باثنين أو أكثر من الأعراض المحددة في المعيار B ، بالإضافة إلى أن هناك شكاوى جسدية متعددة (أو أحد الأعراض الجسدية الشديدة جدا) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأعراض الجسدية ، والتى عادة ما تكون متعددة ، أما الأعراض الجسدية الحالية فهي مؤلمة أو تؤدي إلى تعطيل كبير فى الحياة اليومية (A) ، وعلى الرغم من أن - في بعض الأحيان - قد يصادف واحداً فقط من الأعراض الشديدة .

وتلك الأعراض قد تكون محددة (على سبيل المثال ، الألم الموضعي) أو غير المحددة نسبيا (على سبيل المثال ، التعب) . وقد تمثل الأعراض - أحياناً - الأحاسيس الجسدية العادية أو عدم الراحة التي لا تعني عموما بوجود مرض خطير . أما الأعراض الجسدية (من دون تفسير طبي واضح) فلا تكفى لجعل هذا التشخيص يمثل معاناة أصيلة للفرد ، سواء كان / أو لم يكن ُيفسر طبيا .

قد تكون أو لا تكون مرتبطة مع أعراض حالة طبية أخرى : مثل تشخيصات الأعراض الجسدية واضطراب المرض الطبي المتزامنة ، وليست متبادلة بصورة حصرية ، وهو ما يحدث كثيراً سوياً .

فالأفراد الذين يعانون من اضطراب الأعراض الجسدية يميلوا إلى مستويات عالية جدا من القلق من المرض (B) . وفي كثير من الأحيان قد يتم تقييم أعراضهم الجسدية الضارة والمهددة لهم على نحو غير ملائم ، حتى عندما يكون هناك دليل على عكس ذلك ، فإن بعض المرضى ما زالوا يخشون خطورة طبية من أعراضهم ، عبر الأعراض

الجسدية شديدة الاضطراب ، وقد 'تسهم المخاوف الصحية بدور محوري في حياة الفرد ، لتصبح سمة من سمات هويته ومهيمنة علاقاته الشخصية .

وتركز تجربة الأفراد عادة على الأعراض الجسدية وأهميتها . وعندما يسئل الفرد مباشرة عن محنته ، فإن بعض الأفراد 'يشرع بوصف ما يتعلق بالجوانب الأخرى من حياتهم ، والبعض الآخر ينكر أي مصدر استغاثة لغيرها من الأعراض الجسدية . وغالباً ما تضعف نوعية الحياة المرتبطة بالصحة ، سواء كانت جسدياً وعقلياً . وفي أعراض الاضطراب الجسدي الشديد ، يتم وضع علامة ضعف ، ويمكن أن يؤدي الاضطراب إذا ما استمر إلى السقام . وغالباً ما يكون هناك مستوى عال من استخدام الرعاية الطبية ، والتي نادرا ما تخفف مخاوف الفرد . بالتالي ، فإن المريض قد يطلب الرعاية من الأطباء لنفس الأعراض متعددة . وكثيراً لا يستجيب هؤلاء الأفراد للتدخلات الطبية ، وقد تؤدي التدخلات الجديدة إلا إلى تفاقم الأعراض لدى بعض الأفراد المصابين بهذا الاضطراب ، ويبدون حساسين - على نحو غير عادي - للآثار الجانبية للدواء . في حين يشعر البعض الآخر أن التقييم الطبي والعلاج لم يكن كافياً .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

تُركز المميزات المعرفية على الأعراض الجسدية الهامة ، والتي ربما تستند على الأحاسيس الجسدية التي قد تعود إلى مرض جسدي (ربما مع تفسيرات كارثية) ، إضافة إلى القلق ، والخوف من أن أي نشاط بدني قد يضر الجسم . كما يسعى هؤلاء إلى طلب المساعدة الطبية ، وتجنب النشاط البدني . وعادة ما ترتبط هذه الخصائص مع طلبات متكررة للحصول على مساعدة طبية لمختلف الأعراض الجسدية . وقد يؤدي ذلك إلى طلب الاستشارات الطبية ، والتي تتركز على مخاوفهم من تلك الأعراض الجسدية . وبهدف طلب الطمأنينة من قبل الطبيب ، والتأكد بأن الأعراض ليست دليلا على - جدية - وجود مرض جسدي يميل إلى أن تكون قصيرة الأجل من التي يعاني منها الأفراد . والتركيز على الأعراض الجسدية الأساس المميزة للاضطراب ، وذلك للأفراد الذين يعانون من اضطراب الأعراض الجسدية ، وتقديم الخدمات الصحية الطبية العامة بدلا من خدمات الصحة النفسية .

وقد يتم تقديم اقتراح بالإحالة إلى أخصائي الصحة العقلية ، وهو ما يواجه برفض صريح من قبل الأفراد الذين يعانون من أعراض اضطرابات جسدية . ويرتبط اضطراب الأعراض الجسدية مع الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب ، كما أن هناك زيادة لخطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) . ومن غير المعروف ما إذا كان يرتبط اضطراب الأعراض الجسدية المستقلة مع خطر (إزهاق النفس المحرم شرعاً) المرتبط مع اضطرابات الاكتئاب .

معدل الانتشار Prevalence :

إضطراب الأعراض الجسدية غير معروف . ومع ذلك ، فإن معدل الانتشار ، يمكن أن يكون أعلى مما سبق رصده فى الدليل التشخيصى الرابع DSM-IV والأكثر تقييدا مع إضطراب الأعراض الجسدية لاضطراب الجسدنة (< ١ ٪) ولكن أقل من خطر الاضطراب الجسدي غير المتمايز الشكل (حوالي ١٩ ٪) . أما معدل انتشار اضطراب الأعراض الجسدية في عام قد يصل بين السكان البالغين حوالي (٥ -٧٪) .

وتميل الإناث إلى تقديم تقرير أكثر الأعراض الجسدية عنها / لدى الذكور ، وبالتالى فإن معدل الانتشار اضطراب الأعراض الجسدية هو بالتالي - من المرجح - أن يكون أعلى لدى الإناث .

التنمية والدورة Development and Course :

الأعراض الجسدية والأمراض الطبية المتزامنة ، أكثر شيوعاً في الأفراد الأكبر سنا ، ويتم التركيز على المعيار (B) كأمر حاسم لجعل التشخيص يتم بصورة أكثر دقة . ويمكن أن يُشخص اضطراب الأعراض الجسدية في البالغين الأكبر سنا ، نتيجة لبعض الأعراض الجسدية (على سبيل المثال ، الألم ، والتعب) والتى تعتبر جزءاً من الشيخوخة الطبيعية أو لأنها تُعبر عن مرض" مفهوم " القلق في البالغين الاكبر سنا الذين لديهم أمراض طبية أعم وأشمل ، ويتناولون الأدوية ، مما هو قد لا يتم مع الأفراد الأصغر سنا . ويُعد اضطراب الاكتئاب المتزامن هو الشائع بين كبار السن الذين يعانون من أعراض جسدية عديدة .

أما في الأطفال ، فإن الأعراض الأكثر شيوعاً هي ألم البطن المتكرر ، والصداع ، والتعب ، والغثيان . كأعراض بارزة ، أكثر شيوعاً لدى الأطفال مما هى عليه لدى

البالغين . في حين أن الأطفال الصغار قد تكون الشكاوى الجسدية لديهم نادرة ، وقد لا تدعو إلى القلق من حدوث " المرض " في حد ذاته ، خاصة قبل مرحلة المراهقة . ومن المهم أن يستجيب الوالدين لتلك الأعراض الهامة ، ولا يستهان بها ، كما يجب تحديد مستوى الشدة المرتبطة بها ، والسعى لتقديم المساعدة الطبية .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : يتم التعرف على سمات الشخصية سلبية الوجدان (العصابية) كعامل متعلق بالمخاطر المستقلة عن عدد كبير من الأعراض الجسدية المرضية ، مثل القلق أو الاكتئاب كأمر شائع ، والذى ربما يؤدي إلى تفاقم الأعراض .

المخاطر البيئية : اضطراب الأعراض الجسدية هو أكثر شيوعاً في الأشخاص الذين يعانون لسنوات تعليم أقل (بضع سنوات من التعليم) مع وضع اجتماعى وإقتصادي منخفض ، أو مع الذين شهدوا - في الآونة الأخيرة- أحداثاً حياتية مُجهدة .

المعدلات : ترتبط المعدلات بالأعراض الجسدية المستمرة مع ميزات ديموجرافية (الإناث ، كبار السن ، سنوات أقل من التعليم ، والحالة الاجتماعية والاقتصادية الدنيا ، البطالة) ، وتاريخ الإفادة باعتداء جنسي أو الشدائد الأخرى التي تصيب الأطفال ، والمتزامنة مع مرض جسدي مزمن أو اضطراب نفسي (الاكتئاب ، والقلق ، والاكتئاب المستمر ، واضطراب [الإكتئاب] ، والذعر) ، والضغط الاجتماعى ، وفقدان تعزيز العوامل الاجتماعية (فقد الدعم النفسى والإجتماعى) . كما يؤثر - الجهل - بتلك العوامل المعرفية السريرية بطبيعة الحال على انتشار معدلات تلك الأعراض ، والتى تشمل التوعية للألم ، الانتباه المشدد إلى الأحاسيس الجسدية ، وإسناده إلى الأعراض الجسدية ، مع إمكانية التحقق الطبي للمرض بدلا من الاعتراف به بوصفه ظاهرة طبيعية ، أوقد تعود إلى عواقب الإجهاد النفسي .

تشخيص قضايا ذات الصلة الثقافية Cuiture-Reiated Diagnostic issues:

أظهرت الأعراض الجسدية البارزة في مختلف المتلازمات الثقافية المحددة ، أرقاماً عالية من الأعراض الجسدية ، والتى أسفرت عنها الدراسات السكانية ودور الرعاية

الصحية الأولية فى العالم ، وذلك بالتوازى مع وجود نمط مماثل من الأعـراض الجسدية الأكثر شيوعاً ، مثل انخفاض القيمة الذاتية ، والسعى للعلاج . والعلاقة بين الأعـراض الجسدية ومرض القلق ، وهو الأمر المماثل في مختلف الثقافات العالمية ، ويترافق مرض اضطراب الأعراض الجسدية مـع القلـق الملحـوظ ، والـضعف والـسعى للعـلاج عـبر الثقافات . كما توجد علاقة بين الأعراض الجسدية العديدة / وبين الاكتئـاب ، والـذى يكون ظهوره مشابهاً جدا لما هو سائد في جميع أنحاء العـالم ، وبـين الثقافـات المختلفـة ، حتى داخل البلد الواحد .

وعلى الرغم من هذا التشابه ، إلا أن هناك اختلافات في الأعراض الجسدية بـين الثقافات والمجموعات العرقية . وتوصـف الأعـراض الجـسدية ، بـشكل مختلـف نظـراً للاختلافات اللغوية وغيرهـا العوامـل الثقافيـة المحليـة الأخـرى . وقـد وصـفت هـذه العروض الجسدية بأنها " تعابير الشدة " لأن تلك الأعراض الجسدية قد يكون لهـا معـان خاصة ، فى شكل المريض ، والطبيب ، والتفاعلات الأخرى التى تتم في سياقات ثقافية معينة، مثل " الإرهاق " ، والإحساس بثقـل أو الـشكاوى مـن الكـثير مـن الحـرارة في الجسم ، أو سخونة في الرأس ، وهي أمثلة على الأعراض المشتركة في بعـض الثقافـات أو المجموعات العرقية ، ولكنها نادرة في منـاطق أخـرى مـن العـالم . كمـا قـد تختلـف تفسيرات النماذج أيضاً ، والذى يمكـن أن ُيعـزى إلى أعـراض جـسدية مختلفـة خاصـة بالأسرة ، والعمل ، أو الضغوط والمخاطر البيئية ؛ المرض الطبي بصفة عامـة ، وقمـع مشاعر الغضب والاستياء ، أو بعض الظواهر الثقافيـة المحـددة ، مثـل فقـدان الـسائل المنوي .

وقد يكون هنـاك أيـضاً اختلافـات في العـلاج الطـبي بـين الجماعـات الثقافيـة ، بالإضافة إلى الاختلافات فى شكل - تباين - تقديم خدمات الرعاية الطبية عبر الثقافات.

كما يُعد طلب العلاج لأعراض جسدية متعددة في العيادات الطبية العامة / بمثابـة ظاهرة عالمية والتى تحدث بمعدلات مماثلة بين المجموعـات العرقيـة في نفـس البلـد . أمـا العواقب الوظيفية من اضطراب الأعراض الجـسدية ، فيرتـبط مـع ضـعف ملحـوظ في الحالة الصحية . كما يشكو العديـد مـن الأفـــراد مـن اضـطراب الأعـراض الجـسدية الشديد .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

إذا كانت الأعراض الجسدية تتفق مع اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب الهلع) ، فيتم أولاً استيفاء المعايير التشخيصية للاضطراب ، وبعدها ينبغي أن يعتبر الاضطراب العقلي كبديل ، أو تشخيص إضافي .

أما التشخيص الجسدي لأعراض الاضطراب المنفصل ، فلا يجب أن يتم ، إلا إذا كانت الأعراض الجسدية والأفكار والمشاعر ذات الصلة بما يحدث من السلوكيات ، التي تتم فقط خلال نوبات الاكتئاب الكبرى . إذا ، فإن معايير كل اضطراب من الأعراض الجسدية ، والاضطرابات العقلية الآخرى ، ينبغ أولاً تشخيصها بدقة حتى يتم الوفاء بها ، ثم يجب بعدها أن تكون متاحة لمتطلبات العلاج .

الحالات الطبية الأخرى : وجود الأعراض الجسدية من المسببات غير الواضحة / لا يكفي - بمفرده - في حد ذاته لجعل تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية ممكناً . حيث أن العديد من الأفراد العديد من الأفراد يعانون من من أعراض اضطرابات مثل متلازمة القولون العصبي ، أو " فيبروميالجيا Fibromyalgia "[1]

" لكنها لا تلبي المعيار اللازم لتشخيص اضطراب الأعراض الجسدية (B) . وعلى العكس ، مع وجود أعراض جسدية من اضطراب طبي معين (على سبيل المثال ، مرض السكري أو أمراض القلب) هنا ، لا يستبعد تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية ، فقط إذا كان يستوفى معايير الاضطراب .

اضطرابات الهلع : في اضطراب الهلع والقلق تميل الأعراض الجسدية إلى حدوث نوبات حادة ، بينما في اضطراب الأعراض الجسدية ، فإن القلق والأعراض الجسدية هي أكثر ثباتا .

اضطراب القلق العام . الأفراد مع اضطرابات القلق المعمم يقلقون ، نتيجة أحداث وحالات وأنشطة متعددة ، قد تنطوي واحدة منها فقط على صحتهم . لذا لايتم

(١) الفبروميلجيا (بالإنجليزية Fibromyalgia) : أو متلازمة الألم العضلي المتفشي هو مرض يشبه كثيراً مرض متلازمة التعب المزمن، ويتميز بآلام في العضلات والعظام أساساً. وينتشر المرض في العالم كلة ، وذلك دون دون استثناء عرقي أو اجتماعي . وأغلب المصابين هم من النساء بين السن ٢٠ و٤٠. وتقدر نسبة انتشار المرض ما بين ٥ و١٠ % من إجمالي السكان.

التركيز الرئيس – عادة – على الأعراض الجسدية أو الخوف من المرض كما هو الحال في الأعراض الجسدية للاضطراب .

اضطرابات اكتئابية : يرافق الاكتئاب اضطرابات جسدية عادة من قبل نفس الأعراض . ومع ذلك ، يتم التمييز بين اضطرابات الاكتئاب مع أعراض الاضطراب الجسدية / عنها من أعراض الاكتئاب الأساس المنخفضة (منزعج) المزاج وانعدام التلذذ .

اضطراب القلق المرضى : إذا كان الفرد لديه مخاوف واسعة حول الصحة ولكن لا يعانى من أعراض جسدية فى الحد الأدنى لها ، فإنه قد يكون من الأنسب النظر فى تشخيص اضطراب القلق المرضى .

إضطراب التحول (إضطراب وظيفي ذا أعراض عصبية) : في اضطراب التحويل ، قد تكون من أعراضه هو فقدان الوظيفة ، بينما يتم في اضطراب الأعراض الجسدية التركيز على المعاناة التي تسبب أعراضاً معينة . كما أن المميزات المدرجة تحت المعيار (B) من اضطراب الأعراض الجسدية قد تكون مفيدة في التمييز بين اثنين من الاضطرابات .

اضطراب التوهم : تحدث في اضطراب الأعراض الجسدية ، معتقدات جسدية للفرد ، والتى قد تعكس أعراض المرض الفعلي الأساس الخطيرة ، والتى ترتبط بالتوهم الكثيف . وفي المقابل ، في اضطراب الوهمية ، المرتبط بمعتقدات أعراض جسدية وسلوكية / يُعد أقوى من تلك الشائعة في اضطراب الأعراض الجسدية .

اضطراب تشوه الجسم : يشعر الفرد في اضطراب تشوه الجسم ، بالقلق المفرط إزاء ما يشغله من قبل ، عيب جسدى ينظر (له / أو لها) في خصائصه الفيزيائية . وعلى النقيض من ذلك ، فإن اضطراب الأعراض الجسدية ، والقلق حول الأعراض الجسدية ، يعكس الخوف هنا المرض الكامن ، وليس لعيب في المظهر .

اضطراب الوسواس القهري : الأفكار المتكررة عن الأعراض الجسدية أو المرض هي أقل تدخلا في اضطراب الأعراض الجسدية ، كما لا يحمل الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب من السلوكيات المتكررة المرتبطة بالحد من القلق ، والتي تحدث في وسواس الاضطراب القهري .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يرتبط اضطراب الأعراض الجسدية مع ارتفاع معدلات الاعتلال المشترك / مع اضطرابات طبية فضلا عن القلق والاضطرابات الاكتئابية الأخرى . وبناء على ذلك ، يُعد المرض الطبي المتزامن فى الوقت الحاضر ، أكثر وضوحا ، مما هو متوقع من أعراض المرض المادية وحدها . وعندما تجتمع أعراض مرض الفرد ، مع المعايير التشخيصية لأعراض جسدية اضطراب معين ، هنا يجب أن يتم تشخيص هذا الاضطراب .

إلا أنه نظرا لكثرة الاعتلال المشترك ، خصوصا مع القلق ، والاضطرابات الاكتئابية ، ونتيجة لأدلة هذه الأعراض المتزامنة ، هنا ينبغى كذلك السعي لإجراء المزيد من التشخيصات .

اضطراب مرض القلق Illness Anxiety Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F45.21) :

A . الانشغال بوجود أو الحصول بالفعل على مرض خطير، قد تتبعه أعراض جسدية فعلية .

B . إذا كان الأعراض الموجودة ، خفيفة فقط في الشدة . أو إذا كانت تنسب لحالة طبية أخرى موجودة بالفعل ، أوكانت هناك مخاطر عالية لتطوير الحالة الطبية (على سبيل المثال ، تاريخ عائلي قوي) .

C . مراعاة وجود مستوى عال من القلق حول الصحة ، ويجزع الفرد بسهولة عن حالته الصحية والشخصية .

D . قد يقوم الفرد بسلوكيات مفرطة تتعلق بصحته العامة (على سبيل المثال ،مرارا وتكرارا الشك (له/أو لها) بوجود علامات المرض على جسمه) أو سلوك التجنب المهيئ (على سبيل المثال ، يتجنب الطبيب ، والفحوص ، والمستشفيات) .

E . يستمر الانشغال بالمرض الحالي لمدة (٦ أشهر) على الأقل ، ولكن يخشى أن الأعراض محددة للمرض ُيخشى أن تتغير خلال تلك الفترة من الزمن .

F . لا يُفسر الانشغال المتعلق بالمرض بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، مثل اضطراب الأعراض الجسدية ، واضطرابات الهلع ، واضطراب القلق

العام ، واضطراب تشوه الجسم ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب الوهمية من نوع الجسدية .

تحديد ما إذا كان : إلتماس نوع الرعاية : الرعاية الطبية ، بما في ذلك زيارات الطبيب أو الخضوع للفحوص والإجراءات التى كثيراً ما تستخدم .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يُصنف معظم الأفراد مع وجود أعراض الاضطرابات الجسدية ، ولكن في أقلية من الحالات ، يتم تشخيص مرض اضطراب القلق بدلا من ذلك .

وينطوى اضطراب القلق المرضى على الانشغال وجود المرض دون تشخيص طبي (A) . أما الأعراض الجسدية إذا كانت حاضرة ، أو خفيفة الكثافة فقط (B) . وقد يؤدى فشل الإجراءات، إلى تقييم شامل لتحديد الحالة الطبية الخطيرة التي تمثل اهتمامات الفرد . في حين قد يكون القلق مشتق من علامة حسية غير مرضية أو إحساس ، بإستغاثة الفرد ، والتى لا تنبع أساسا من الشكوى الجسدية نفسها بل من(له / أو لها) حول سبب الشكوى من القلق (أي يشتبه وجود تشخيص طبي) . أو ظهور علامة جسدية أو أعراض حاضرة ، والتى غالباً ما تكون فسيولوجية الإحساس (على سبيل المثال ، الدوخة الشديدة) ، والحميدة والمصحوبة بضعف ذاتي محدود (على سبيل المثال ، الطنين العابر) ، أو عدم الراحة الجسدية ، ومما لا يعد مؤشرا على المرض (على سبيل المثال ، التجشؤ) . إذا يمكن تشخيص الحالة الطبية حاضراً ، بالقلق والانشغال المفرط ، وغير المتناسب بوضوح مع شدة الحالة (.B) . أما الأدلة التجريبية والتى تتعلق بالأعراض المحددة سابقا DSM فهى من غير الواضح ، أن تستمر إلى أي مدى ، وكيف يمكن أن تنطبق على وجه التحديد لوصف هذا التشخيص الجديد .

ويترافق الانشغال مع فكرة أن مريضاً واحداً ، قد يعانى من القلق الكبير المؤثر على الصحة والمرض (C) . كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق المرضى ، قد ينشغلوا بسهولة حول هذا المرض ، مثل أن نسمع عن شخص سقط مريضا عند قراءة حالة مرضية ذات الصلة بالحالة الصحية / التى يعانيها .

أما مخاوفهم حول المرض غير المشخص ، فلا يستجيب للمناسبة ،أو الطمأنينة الطبية لهم ، وهو ما تكشفه الاختبارات التشخيصية السلبية ، بأنها حميدة .

ولا تفيد محاولات الطبيب في زرع الطمأنينة والتخفيف من الأعراض التى يتوجس منها الفرد ، إلا أن ذلك ، قد يزيد من مخاوف الفرد أكثر . وتحتل مخاوف المرض مكانا بارزاً في الفرد الحياة ، مما يؤثر على الأنشطة اليومية ، وربما يؤدي إلى حالة السقام . وبصورة يصبح المرض معها سمة أساس من هوية الفرد وصورته الذاتية ، كموضوع متكرر من الخطاب الاجتماعى ، فيما بينه وبين الآخرين ، ورداً مميزاً لأحداث الحياة المجهدة . أما الأفراد المصابين بهذا الاضطراب فهم يقومون - في كثير من الأحيان - بفحص أنفسهم بشكل متكرر (على سبيل المثال ، فحص حلق الفرد في المرآة) (D) . كما يقومون ببحث مرضهم بشكل مفرط (على سبيل المثال ، على شبكة الإنترنت) وبشكل متكرر ، كما يسعوا إلى جلب الطمأنينة من الأسرة والأصدقاء ، أو الأطباء . وهذا القلق المستمر في كثير من الأحيان ، قد 'يصبح محبطاً للآخرين ، وربما يؤدي إلى ضغوط كبيرة داخل الأسرة . وفي بعض الحالات ، قد يؤدى القلق إلى تجنب الحالات غير القادرة على التأقلم (على سبيل المثال ، تجنب زيارة أفراد الأسرة للمرضى) أو الأنشطة (مثل تجنب ممارسة الرياضة) بسبب خشيتهم على صحتهم .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

لأنهم يعتقدون أنهم يعانون من مرض طبيا ، والأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق هي المرض واجه أكثر كثيراً مما كانت عليه في الإعدادات الطبية الصحة العقلية . غالبية الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق المرض لديهم الرعاية الطبية بعد غير مرضية واسعة ، على الرغم من أن البعض قد تكون حريصة جدا لالتماس العناية الطبية . أنها عموما قد ارتقى معدلات استخدام الطي ولكن لا تستخدم خدمات الصحة العقلية أكثر من عام السكان . فإنهم غالباً ما يتشاور الأطباء متعددة لنفس المشكلة والحصول على مرارا وتكرارا نتائج الاختبار التشخيصي سلبية . في بعض الأحيان ، العناية الطبية يؤدي إلى متناقض تفاقم القلق أو إلى مضاعفات علاجي المنشأ من الاختبارات والإجراءات التشخيصية .

غير راضين الأفراد المصابين بهذا الاضطراب عادة مع الرعاية الطبية وتجد أنه غير مفيد ، وغالباً ما شعور لا يجري اتخاذها على محمل الجد من قبل الأطباء . في بعض الأحيان ، قد يكون مبررا هذه المخاوف ، لأن الأطباء هم رافض أحيانا أو الرد مع الإحباط أو العداء . هذا الرد يمكن أن يؤدي في بعض الأحيان في عدم تشخيص حالة طبية موجودة .

معدل الانتشار Prevalence :

تستند تقديرات معدل الانتشار المرض اضطراب القلق بشأن تقديرات DSM-III وDSM-RV التشخيص المرافق . بأن معدل الانتشار في عينات مجتمعية ، أو فى مسوحات عينات سكانية يتراوح ما بين (١٣. إلى ١٠ ٪) فى حين تتراوح معدلات الانتشار ما بين (٣ و٨ ٪) في البيئات الداعمة للصحة ، كما تبين أن معدل انتشار اضطراب القلق مماثل لدى الذكور والإناث .

التنمية والدورة Development and Course :

تطوير مسار اضطراب القلق غير واضحة : يعتقد أن اضطراب القلق المرضى ويعتقد عموما أن يكون حالة مزمنة ، ويبدأ الانتكاس مع بداية وأوائل مرحلة البلوغ المتوسطة . ويزداد معدل القلق مع عينات سكانية ، والمتصلة بالصحة مع التقدم في السن ، وغالباً ما يركز على فقدان الذاكرة ؛ كما يعتقد أن الاضطراب قد يكون نادراً في الأطفال .

العوامل الخطرة المنذرة Risic and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : في بعض الأحيان قد 'تعجل اضطرابات القلق المرضى من قبل الإجهاد ، أو تهديدا خطيرا ولكنه حميداً . ويؤدى تاريخ من الطفولة ، مثل الاعتداء الخطير ، والذى قد يؤهب لتطوير الاضطراب في مرحلة البلوغ بمعدلات عالية . وما يقرب من ثلث إلى نصف الأفراد المصابين بمرض اضطراب القلق قد يكونوا نماذج عابرة ، قد ترتبط مع أقل اعتلال نفسى مشترك ، مع مزيد من الاعتلال الطبي المشترك ، وأقل شدة من أعراض الاضطراب المرضى .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة Culture-Related Diagnostic issues:

ينبغي أن يتم التشخيص بحذر في الأفراد الذين لديهم الأفكار حول أعراض المرض المنسجمة على نطاق واسع ، مع المعتقدات والعقوبات الثقافية . ولا يعرف إلا القليل عن ظواهر هذا الاضطراب عبر الثقافات ، وعلى الرغم من معدل الانتشار الذى يبدو أنه مماثل عبر بلدان مختلفة ، وذات ثقافات متنوعة . إلا أن العواقب الوظيفية من اضطراب القلق المرضى ، قد يسبب ضعف كبير فى أدوار الفرد ، مع شيوع التناقصات المادية والوظيفة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة . مع مخاوف صحية في كثير من الأحيان ، قد تتداخل مع العلاقات الشخصية ، وتعطيل الحياة الأسرية ، وضرر فى الأداء المهني .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الحالات الطبية الأخرى : أول ما يؤخذ فى الاعتبار التشخيص التفاضلي الأساس للحالة الطبية ، بما في ذلك الجهاز العصبي والغدد الصماء أو الظروف ، والأورام الخبيثة الغامضة ، وغيرها من الأمراض التي تؤثر على العديد من أجهزة الجسم ، مع وجود حالة طبية لا تستبعد إمكانية التعايش مع اضطراب القلق المرضى .

أما إذا كان الشرط الطبي هو الحاضر ، وقلق المخاوف المتعلقة بالصحة بشكل واضح ، وغير المتناسبة لخطورتها . مع انشغالات عابرة تتعلق بالحالة الطبية التى لا تشكل مرض اضطراب القلق .

اضطرابات التكيف : القلق المتصل بالصحة (الحميد) هو استجابة طبيعية لمرض خطير ولا يرتبط بالإضطراب العقلي . فى حين يرتبط هذا القلق الصحي غير المرضي بوضوح إلى حالة طبية .

وإذا كان القلق الصحي قاسياً بما فيه الكفاية ، عندها يمكن تشخيص اضطراب التكيف . ومع ذلك ، عندما يكون القلق الصحي سارياً ولمدة كافية ، فإن الشدة ، والضيق يمكن أن 'يشخصا اضطراب مرض القلق . وبالتالي ، فإن التشخيص يتطلب استمرار القلق المستمر ذات الصلة بالصحة لمدة (ستة أشهر) على الأقل .

اضطراب الأعراض الجسدية : يتم تشخيص اضطراب الأعراض الجسدية الكبيرة ، عندما يتضح وجود أعراض جسدية . وفي المقابل ، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق المرضى لديهم أعراض جسدية فى حدها الأدنى .

اضطرابات القلق : في اضطراب القلق العام ، يحدث قلق متعدد من الأحداث والمواقف ، أو الأنشطة ، والتى منها واحدة فقط قد تنطوي على الصحة ، وأهمها اضطراب الهلع ، حيث قد يشعر الفرد بالقلق من هجمات الذعر ، والتى تعكس وجود مرض طبي ؛ ومع ذلك ، وعلى الرغم من أن هؤلاء الأفراد قد يكون القلق والصحة ، مصدراً لقلقهم ، والذى عادة ما يكون عرضياً ، وحاداً جداً . في اضطراب المرض والقلق ، وقلق المخاوف الصحية ، والذى هو أكثر ثباتا وديمومة . أما الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق فقد يواجهوا هجمات مرض الذعر التي تنجم عن مخاوف مرضهم .

الوسواس القهري واضطرابات ذات الصلة : الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق المرضى ، قد يكونوا الأفكار الدخيلة عن وجود المرض ، وكذلك قد يرتبط بالسلوكيات القهرية (على سبيل المثال ، السعى للحصول على الطمأنينة) . ومع ذلك ، تتركز الاهتمامات في اضطراب القلق المرضى ، وعلى اضطراب الوسواس القهري (OCD) والأفكار التدخلية والتى تتركز عادة على مخاوف الإصابة بالمرض في المستقبل . ولدى معظم الأفراد مع الوسواس القهري هواجس أو دوافع ، قد تنطوي على الإهتمامات الأخرى ، بالإضافة إلى المخاوف حول مرض نفسه . وعلى سبيل المثال في اضطراب تشوه الجسم ، فإن المخاوف تقتصر على المظهر الجسدي للفرد ، والتي ينظر إليه على أنه معيب أو خاطئ .

اضطراب اكتئابي : بعض الأشخاص الذين يعانون من نوبة الاكتئاب الكبرى ، أو حلقة التأمل حول صحتهم ، قد يقلقوا بشكل مفرط حول المرض . ولا يتم تشخيص المرض بصورة منفصلة ، فى معزل من اضطرابات القلق ، ولا تحدث هذه المخاوف إلا من خلال نوبات الاكتئاب الكبرى . ومع ذلك ، إذا إستمر مرض الإفراط في القلق بعد التعافى من حلقة اضطراب اكتئاب كبرى ، عندها ينبغي النظر في إمكانية تشخيص مرض اضطراب القلق .

اضطرابات ذهانية : الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق المرضى - غير الوهمي - يمكن أن يعترفوا بأن احتمالات المرض غير موجودة . ولا تحقق أفكارهم صلابة وكثافة المشاهدة في الأوهام الجسدية التي تحدث في الاضطرابات الذهانية (على سبيل المثال ، الفصام ، واضطراب الوهمية ، والجسدنة (إضطراب نفس / جسمى) ؛ واضطراب اكتئابي ، مع ميزات ذهانية) . وأوهام جسدية حقيقية ، والتى عادة ما تكون أكثر غرابة (على سبيل المثال ، الجهاز - أى جزء من الإنسان - متعفن أو ميتا) .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

تحدث مع اضطرابات القلق (على وجه الخصوص ، اضطراب القلق العام ، واضطرابات الهلع ، والوسواس القهري) واضطرابات الاكتئاب ، وذلك مع ما يقرب من ثلثي الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق المرضى ، والذى من المحتمل أن يكون واحداً على الأقل من الاضطرابات العقلية المرضية الكبرى . أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب القلق المرضى ، فقد يتعرضوا لمخاطر مرتفعة من اضطراب الأعراض الجسدية واضطرابات الشخصية .

اضطراب التحويل (وظيفية اضطراب أعراض عصبية) :

معايير التشخيص :

A . واحد أو أكثر من الأعراض الحركية الطوعية محورها الوظيفة الحسية الحركية .

B . تقدم النتائج السريرية دليلاً على عدم التوافق بين الأعراض المعترف بها لظروف عصبية أو طبية .

C . الأعراض أو العجز لا يفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر أو طبي .

D . الأعراض أو العجز يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة أو ضعف في العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أوفى مجالات هامة أخرى من الأداء أو من خلال تقارير التقييم الطبي .

ملاحظة الترميز : رمز ICD-9-CM لاضطراب التحويل ، والذي تم تعيينه بغض النظر عن نوع الأعراض . أما رمز ICD-10-CM فيعتمد على نوع الأعراض (انظر أدناه) .

تحديد نوع الأعراض :

- (F44.4) ضعف مع شلل ، مع حركة غير طبيعية (على سبيل المثال ، رعاش ، وحركة عارضة ، مع شد عضلي فى مشية ، اضطراب البلع (F44.4) .
- (F44.4) مع أعراض الكلام (على سبيل المثال ، خلل النطق والكلام المدغم) .
- (F44.5) مع هجمات أو نوبات .
- (F44.6) مع التخدير أو فقدان الحواس .
- (F44.6) مع أعراض حسية خاصة (على سبيل المثال ، الاضطرابات البصرية ، وحاسة الشم ، أو السمع) .
- (F44.7) مع أعراض مختلطة .

تحديد ما إذا كان : الحلقة حادة ؛ الأعراض موجودة لمدة (تقل عن ستة أشهر) والثابتة : الأعراض تحدث لمدة (ستة أشهر أو أكثر) .

تحديد ما إذا كان : تتممع الضغوطات النفسية (تحديد الضغوطات) ، أو دون حدوث ضغوطات نفسية .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

كثير من الأطباء يستخدم أسماء بديلة للوظيفية الطبية مثل " (الإشارة الى الشاذ المركزي / أى خلل أداء الجهاز العصبي) أو " نفسية " (في إشارة إلى المسببات النفسية) أو عند وصف أعراض اضطراب التحويل (إضطراب أعراض عصبية) .

وفي اضطراب التحويل ، قد يكون هناك واحد أو أكثر من أعراض الأنواع المختلفة . وتشمل أعراض ضعف أو شلل ؛ تحركات غير طبيعية مثل الارتعاش ، أو عرض الحركات ؛ وشذوذ المشية . إضافة إلى الأعراض الحسية الحركية وتشمل تغيير ، وانخفاض ، أو تغيب إحساس الجلد ، والرؤية ، أو السمع .

وحلقات غير طبيعية مع أطرافهم المعممة ، والتى تهتز مع ضعف واضح ، أو قد يشبه فقدان وعي (ويسمى أيضاً نوبات نفسية أو غير صرعية) .

نوبات الصرع : قد يكون هناك حلقات تجاوب تشبه الإغماء أو الغيبوبة ، والتى تشمل الأعراض الأخرى مثل انخفاض حجم الكلام الغائب أو (خلل فى فقد الصوت) وتغير فى (التلفظ) وغصة الإحساس في الحلق (جلوبس Glopas) .

وعلى الرغم من أن التشخيص يتطلب كشف أعراض قد لا يفسرها المرض العصبي ، ويجب أن تكون هناك نتائج سريرية ، والتي تظهر أدلة واضحة من عدم التوافق مع المرض العصبي . ويُعد فحص عدم التناسق الداخلي للمرض العصبي ، هو أحد الوسائل لإثبات عدم التوافق (أي ، مما يدل على ظهور علامات جسدية (من خلال طريقة فحص واحدة لم تعد إيجابية عند اختبارها بطريقة مختلفة) . وأمثلة ما تشمله نتائج الفحص : -

• علامة هوفر Hover تشير إلى ضعف تمديد " الورك " والذى يعود إلى - قوة طبيعية - المقابل لثني الورك ضد المقاومة .

• ضعف حركى ملحوظ في إنثناء الكاحل ، عند اختباره بصورة سريرية .

• نتائج إيجابية في اختبار هزة الفكرة . في هذا الاختبار ، فإن الهزة من جانب واحد ، تؤدى إلى صرف الفرد بعيدا منه . ويمكن ملاحظة هذا في حال طلب الفرد في عمل حركة متوازنة مع أيديهم ، وهو ما يتسبب في وظيفية الهزة لتغييرها ، بحيث لم تعد تجعلها حركة إيقاعية بسيطة .

• في الهجمات التى تشبه الصرع أو إغماء (هجمات غير صرعية "نفسية") ، وحدوث عيون مغلقة مع المقاومة لفتحها بصورة متزامنة عادية (على الرغم من أن هذا وحده لا تستبعد كل أشكال الصرع أو إغماء) .

• بالنسبة للأعراض البصرية ، وهو المجال البصري الأنبوبي (أي رؤية النفق) .

من المهم أن نلاحظ أن تشخيص اضطراب التحويل ينبغي أن يقوم على الصورة السريرية الشاملة وليس على نتيجة سريرية واحدة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis ،

هناك عدد من المميزات المرتبطة بها ، والتى يمكن أن تدعم تشخيص اضطراب التحويل . وقد يكون هناك تاريخا من عدة أعراض جسدية مماثلة . وقد تترافق البداية مع الإجهاد أو الصدمات النفسية ، - إما نفسية أو مادية - ويلاحظ أن هذه الأسباب المحتملة من هذا التوتر والصدمات النفسية ، قد تُشكل علاقة وثيقة متزامنة . ومع ذلك ، يجب تقييم الإجهاد والصدمات النفسية ، ولا ينبغي أن ُيحجب التشخيص إذا لم يتم العثور على لا شيء . وكثيراً ما يرتبط الاضطراب الفصامي التحويلى مع

أعراض ، مثل انعدام الشخصية ، والغربة عن الواقع ، وفقدان الذاكرة الفصامي ، وخاصة في ظهور الأعراض أو أثناء الهجمات .

ولا يتطلب تشخيص اضطراب التحويل الحكم بأن الأعراض لا تنتج عمداً (أي ليست مصطنعة) ، مع غياب واضح من المظاهر قد لا يمكن تمييزها بشكل موثوق . مع ظهور أعراض اللا مبالاة (أي عدم وجود قلق حول ارتباط طبيعي أو آثار مترتبة على الأعراض) وينبغي ألا تستخدم هذه الأعراض غير المحددة لتشخيص اضطراب التحويل ، وقد تشمل التشخيصات الاضطراب الصنعي أو التمارض (راجع قسم تفاضلية تشخيص هذا الإضطراب) .

معدل الانتشار Prevalence :

أعراض اضطراب التحويل عابرة وشائعة ، ولكن معدل الانتشار الدقيق لهذا الاضطراب ، غير معروف . ويرجع ذلك جزئيا لأن التشخيص عادة ما يتطلب التقييم الثانوي والرعاية ، أما معدل الانتشار فقد وجد في حوالي ٥ ٪ من الإحالة إلى عيادات الأعصاب . في حين تقدر نسب الإصابة من الأعراض الفردية لاضطراب التحويل المستمرة ما يقدر بحوالى (٢- ٥ %) في السنة .

التنمية والدورة Development and Course :

تم الإبلاغ عن ظهور اضطراب التحويل طوال الحياة . وتصل قمم بداية الهجمات غير الصرعية ، في العقد الثالث ، أما الأعراض الحركية فتصل ذروة ظهورها في العقد الرابع من العمر . ويمكن أن تكون الأعراض عابرة أو مستمرة . وقد يتم التشخيص الأفضل في الأطفال الأصغر سناً ، ومن بين المراهقين والبالغين .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : ترتبط بالسمات الشخصية ، غير القادرة على التأقلم عادة مع اضطراب التحويل .

المخاطر البيئية : قد يكون هناك تاريخ من تعاطي الطفولة والإهمال ، والحياة المجهدة من الأحداث في كثير من الأحيان ، ولكن لا تتم بصورة دائمة .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : مع وجود المرض العصبي ، قد تحدث أعراضاً مشابهة لأحد عوامل الخطر (على سبيل المثال ، النوبات غير الصرعية ، وهي أكثر شيوعاً في المرضى الذين يعانون من الصرع) .

المعدلات : تتميز بقصر مدة الأعراض وقبول التشخيص الإيجابي ، والعوامل المنذرة . مع سمات الشخصية غير القادرة على التأقلم ، وجود أعراض مرضية مادية ، أما ظهور علامات العجز ، فقد تكون أحد العوامل السلبية المنذرة .

قضايا التشخيص ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic Issues:

التغييرات التي تشبه التحويل (الفصامي) تشكل الأعراض الشائعة في بعض الطقوس الثقافية ، لذا يجب - قبل إجراء التشخيص- شرح الأعراض بالكامل داخل السياق الثقافي ، وبما لا يؤدي إلى ضائقة إكلينيكية مهمة ، ثم يتم بعدها تشخيص اضطراب التحويل .

أما تشخيص قضايا اضطراب التحويل بين الجنسين ، فتصل إلى نحو مرتين إلى ثلاث مرات (٢ : ٣) أكثر شيوعاً في الإناث . أما العواقب الوظيفية من اضطراب التحويل لدى الأفراد مع أعراض التحويل ، فقد يكون ظاهرة العجز الكبير . وشدة الإعاقة ، والتي يمكن أن تكون مماثلة لتلك التي يعاني منها الأفراد الذين يعانون من أمراض طبية مماثلة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

تشخيص اضطراب التحويل قد يتم بصورة أفضل ، في وجود اضطراب عقلي آخر .

مرض عصبي : قد يشرح التشخيص التفريقي الرئيس للمرض العصبي الأعراض بشكل أفضل . ويتم ذلك بعد تقييم شامل للجوانب العصبية ، وهو غير متوقع ونادرا ما توجد أسباباً للأمراض العصبية وللأعراض المترتبة عليه . ومع ذلك ، فإن إعادة التقييم قد يكون مطلوباً إذا ظهرت الأعراض المتقدمة . وقد يتعايش اضطراب التحويل مع المرض العصبي .

اضطراب الأعراض الجسدية : يمكن تشخيص اضطراب التحويل بالإضافة إلى الأعراض الجسدية للاضطراب . ومعظم الأعراض الجسدية ، لا يمكن - من خلالها - البرهنة على وجود اضطراب لتكون متوافقة مع الفسيولوجيا المرضية بشكل واضح (وعلى سبيل المثال ، الألم ، والتعب) بينما في اضطراب التحويل ، يتم اتخاذ عدم التوافق كمتطلب أساس للتشخيص ، وذلك بالإضافة إلى الأفكار

المفرطة ، والمشاعر ، والسلوكيات التي تميز الأعراض الجسدية ، وغالباً ما يتم ذلك في غياب اضطراب التحويل .

اضطراب التمارض الصنعي : لا يتطلب تشخيص اضطراب التحويل الحكم على الأعراض التي تنتج بصورة مصتنعة ، لتقييم النية الواعية ، والتى لا يمكن الاعتماد عليها . ومع ذلك فإن الأدلة المحددة من تلك الظواهر (على سبيل المثال ، 'تعد دليلاً واضحاً ، على فقدان وظيفة موجودة من خلال عملية الفحص) ويقترح لتشخيص الاضطراب الصنعي وجود هدف واضح للفرد ، (فى تبنى وادعاء دور المريض) أو التمارض إذا كان الهدف هو الحصول على حافز مثل المال .

اضطرابات فصامي : تتضح أعراض الاضطراب الفصامي الشائعة في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التحويل . أو ظل وجود كل من اضطراب التحويل والاضطراب الفصامي ، على حد سواء ، وهو ما ينبغي معه بذل المزيد من التشخيصات .

اضطراب تشوه الجسم : الأفراد مع اضطراب تشوه الجسم المفرط ، يشعرون بالقلق إزاء وجود خلل يختص بالملامح الجسدية ، ولكن دون ظهور شكوى من أعراض السير الحسي الحركي ، أو الحركية في جزء من أجزاء الجسم المتضررة .

اضطرابات اكتئابية : في اضطرابات الاكتئاب ، يمكن للأفراد الإبلاغ عن ثقل عام من أطرافهم ، في حين يظل ضعف اضطراب التحويل هو الأكثر محورية وبروزاً . ويتم التمييز بين اضطرابات الاكتئاب / وبين أعراض الاكتئاب الأساس .

اضطرابات الهلع : تشمل أعراض اضطرابات الهلع العصبية العرضية (على سبيل المثال ، الهزات المتكررة) والتى يمكن أن تحدث في كل من اضطراب التحويل ونوبات الهلع . أما أعراض نوبات الهلع ، والأعراض العصبية ، فعادة ما تكون عابرة ، مثل فقدان الوعي مع فقدان الذاكرة الناتج عن الهجوم والحركات العنيفة لأطرافهم ، والمماثلة لما يحدث في الهجمات غير الصرعية ، وليس في هجمات الذعر .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

عادة ما تتزامن اضطرابات القلق / وخاصة اضطرابات الهلع / واضطرابات الاكتئاب مع اضطراب التحويل ، واضطراب الأعراض الجسدية التى قد تشارك في ذلك . أما الذهان ، فيرتبط بالمادة المستخدمة لإشاعة الفوضى ، والمرتبطة بإدمان الكحوليات .

أما اضطرابات الشخصية فهى أكثر شيوعاً في الأفراد الذين يعانون من اضطراب التحويل ، مما هو عليه عامة السكان . كما قد تتعايش الاضطرابات العصبية - عادة - أو الحالات الطبية الأخرى مع اضطراب التحويل .

العوامل النفسية المؤثرة في الحالات الطبية الأخرى :

معايير التشخيص (F54) :

A . أعراض طبية أو بشرط وجود (أعراض مختلفة عن الاضطراب العقلي) .

B . تؤثر العوامل النفسية والسلوكية - سلبا - على حالة طبية واحدة عن الطرق التالية:-

- عوامل أثناء حالة طبية من بين العوامل النفسية ، أو المتفاقمة نتيجة الاستفحال من حالة طبية .
- قد تتداخل تلك العوامل مع العلاج من حالة طبية .
- قد تشكل العوامل مخاطر صحية إضافية راسخة للفرد .
- العوامل التي تؤثر على الفسيولوجية المرضية الكامنة ، مما قد يعجل أو يفاقم الأعراض ، أو يستدعي إجراء مزيد من العناية الطبية .

لا يتم شرح المعيار (C) الخاص بالعوامل النفسية والسلوكية في المعيار (B) كأفضل أوجه العلاقة مع الاضطراب العقلي (مثل ، اضطراب الهلع ، والاضطراب اكتئابي ، واضطراب إجهاد ما بعد الصدمة) .

تحديد شدة الحالة :

- خفيف : يزيد من المخاطر الطبية (على سبيل المثال ، الالتزام مع العلاج الذى يتعارض ارتفاع ضغط الدم) .
- خفيف : تفاقم الحالة الطبية الكامنة (مثل القلق المشدد ، والربو) .

- شديد : قد تصل فيها الحالة إلى المستشفى الطبي أو زيارة غرفة الطوارئ .
- مدقع : مخاطر شديدة تهدد الحياة (على سبيل المثال ، تجاهل أعراض نوبة قلبية) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من العوامل النفسية التي تؤثر على ظروف طبية أخرى هي وجود واحد أو أكثر من العوامل النفسية أو السلوكية الإكلينيكية الهامة ، والتي تؤثر سلباً على الحالة الطبية عن طريق زيادة مخاطر المعاناة ، والموت ، أو الإعاقة (B) .

ويمكن لهذه العوامل أن تؤثر سلبا على الحالة الصحية من خلال التأثير في العلاج ، أو من خلال تشكيل عامل الخطر الصحي الإضافية الراسخ ، أو عن طريق التأثير على الفسيولوجيا المرضية الكامنة لترسيب أو تفاقم الأعراض ، أو التي لا تتطلب عناية طبية .

وتشمل العوامل النفسية أو السلوكية كل من : الضيق النفسي ، وأنماط تفاعل الشخصية ، وأساليب التعامل ، والسلوكيات الصحية غير القادرة على التأقلم ، مثل سائر صنوف الحرمان الاجتماعى ، أو ضعف الالتزام بالتوصيات الطبية . أما الأمثلة السريرية الأكثر شيوعاً ، فهي تفاقم القلق ، والربو ، والحرمان من الحاجة للعلاج من آلام الصدر الحادة ، والتلاعب من الأنسولين نتيجة مرض السكري .

كما أظهرت العوامل النفسية تأثيراً سلبياً على الظروف الطبية ، وعلى سبيل المثال : أعراض الاكتئاب أو القلق ، والأحداث المجهدة في الحياة ، على غرار العلاقة بين سمات الشخصية / وأساليب التعامل .

أما الآثار الضارة فيمكن أن تتراوح بين الحادة من فورية العواقب الطبية (على سبيل المثال ، أزمة قلبية) وبين الآثار المزمنة ، والتي تحدث خلال فترة طويلة من الزمن (على سبيل المثال ، الإجهاد المزمن المهني ، المترافق مع زيادة خطر لارتفاع ضغط الدم) . ويمكن أن تتأثر تلك الحالات الطبية مع الفسيولوجيا المرضية الواضحة (على سبيل المثال السكري ، والسرطان ، ومرض الشريان التاجي) ، والمتلازمات الوظيفية (على سبيل المثال : الصداع النصفي ، ومتلازمة القولون العصبي ، والألم الليفي العضلي) ، والأعراض الطبية مجهول السبب (على سبيل المثال ، والألم ، والتعب ، والدوخة) .

ويجب أن يحتفظ هذا التشخيص للحالات التي تتأثر بالعامل النفسي على حالة طبية واضحة ، والعامل النفسي الإكلينيكى الهام ، وآثار ذلك على مسار أو نتيجة الحالة الطبية . أما الأعراض النفسية الشاذة ، أو الأعراض السلوكية التي تنشأ نتيجة الاستجابة لحالة طبية ، ومنها كذلك اضطراب التكيف (استجابة نفسية إكلينيكية هامة إلى الضغوطات المحددة) . ويجب أن تكون هناك أدلة معقولة تشير إلى وجود علاقة بين العوامل النفسية والحالة الطبية ، وعلى الرغم من أن ذلك قد لا يكون – في كثير من الأحيان ممكناً – لإثبات العلاقة السببية المباشرة أو الآليات الكامنة وراء هذه العلاقة .

معدل الانتشار Prevalence :

يرتبط معدل الانتشار بالعوامل النفسية التي تؤثر على الظروف الطبية الأخرى غير الواضحة : إلا أن التشخيص هو الأكثر شيوعاً ، وإرتباطاً بمعدل انتشار الأعراض الجسدية للاضطرابات .

التنمية والدورة Development and Course :

تؤثر العوامل النفسية على الظروف الطبية الأخرى ، والتى يمكن أن تحدث في جميع مراحل العمر ، وخاصة مع الأطفال الصغار ، ويمكن أن 'يسهم التاريخ الداعم من الوالدين أو المدرسة ، فى المساعدة على تقييم عملية التشخيص . كما 'تعد بعض تلك الشروط سمة من مراحل حياة الفرد الخاصة (على سبيل المثال ، الأفراد من كبار السن ، والإجهاد المرتبط بدور الرعاية ، وسوء/ الزوج / أو الزوجة) .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافي

Culture-Related Diagnostic issues :

قد تؤثر العوامل النفسية وآثارها ، على العديد من الاختلافات على الظروف الطبية بين الثقافات ، مثل تلك الموجودة في لغة وأساليب التواصل ، وطرق تفسير نماذج من المرض ، وأنماط من طلب الرعاية الصحية ، والتباين فى توافر آليات الخدمات الطبية ، العلاقات بين الطبيب والمريض ، وغيرها من الممارسات المسهمة فى الشفاء ، وأدوار الأسرة ونوع الجنس ، والمواقف نحو الألم والموت . والعوامل النفسية التي تؤثر على الظروف الطبية الأخرى المتباينة ، وفقاً للسلوكيات الثقافية المحددة ثقافيا مثل : الاختلافات الأخرى في إدارة المرض (المقبولة في سياق ثقافي معين ، وغير المقبولة فى غيره) .

وهذه المحلية - الثقافية - فى الممارسات قد 'تسهم فى عرقلة التدخلات الطبية . ولا ينبغى إغفال دور العوامل النفسية المؤثرة فى ظروف طبية أخرى .

العواقب الوظيفية تؤثر الظروف الطبية الأخرى على العوامل النفسية ، وقد أظهرت العوامل النفسية والسلوكية أن تؤثر على مسار العديد من الأمراض الطبية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

يسبب الاضطراب العقلي ، المرتبط بسبب حالة طبية أخرى وجود ارتباط زماني بين أعراض الاضطراب العقلي ، وبين تلك الحالة الطبية كسمة من الاضطراب العقلي ، أو بسبب حالة طبية أخرى .

وفي الاضطراب العقلي بسبب حالة طبية أخرى ، يتم الحكم على شرط مسببات الاضطراب العقلي من خلال آلية فسيولوجية مباشرة ، أما العوامل النفسية التي تؤثر في الظروف الطبية والنفسية أو السلوكية الأخرى، فيتم الحكم فيها على العوامل التي تؤثر على مسار الحالة الطبية .

اضطرابات التكيف : الأعراض النفسية أو السلوكية الشاذة التي تتطور، يتم من خلالها ترميز الاستجابة لحالة طبية ، بشكل صحيح مثل اضطراب التكيف (وإكلينيكيا مثل الاستجابة النفسية الكبيرة للضغوطات المحدده) . وعلى سبيل المثال ، الفرد مع الذبحة الصدرية التي 'تعجل بسلوكيات الغضب لديه ، والتى يتم تشخيصها بوجود عوامل نفسية مؤثرة على الحالات الطبية الأخرى ، في حين أن الفرد مع الذبحة الصدرية قد يتطور لديه القلق الاستباقي ، وعندها سيتم تشخيص وجود اضطراب التكيف / المترافق مع القلق .

في الممارسة السريرية ، ومع تلك العوامل النفسية ، ومع الحالة الطبية ، والتى غالباً ما تتفاقم مع بعضها البعض (على سبيل المثال ، والقلق على حد سواء المترسب نتيجة الذبحة الصدرية) ، وفي هذه الحالة فإن التمييز بينهم هنا هو إجراء تعسفي .

وفي كثير من الأحيان ، قد تؤدى آخر الاضطرابات النفسية إلى مضاعفات طبية ، وأبرزها اضطرابات تعاطي المخدرات (على سبيل المثال ، اضطراب تعاطي الكحول ، اضطراب تعاطي التبغ) . وإذا حدث وتعايش الفرد مع اضطراب عقلي رئيس ، إلا أنه سوف يتأثر سلبا ، أو بسبب حالة طبية أخرى ، وعادة ما تكون

تشخيصات الاضطراب العقلي والحالة الطبية كافية ، كما تؤثر العوامل النفسية الأخرى على الظروف الطبية الأخرى ، وخاصة عندما يتم تشخيص الصفات النفسية أو السلوكيات التى لا تلبي معايير التشخيص العقلي .

اضطراب الأعراض الجسدية : يتميز اضطراب الأعراض الجسدية من قبل مجموعة من أعراض جسدية مؤلمة مثل : الأفكار المفرطة ، أو غير القادرة على التأقلم ، والمشاعر ، والسلوكيات المرتبطة بالأعراض أو بالمشاكل الصحية . وقد يعانى الفرد من حالة طبية تم تشخيصها بالعوامل النفسية المؤثرة فى الظروف الطبية الأخرى ، والعوامل النفسية التى تؤثر سلباً على الحالة الطبية ؛ وعلى أفكار الفرد ، ومشاعره ، والتى قد لا ترتبط بالسلوكيات غير المفرطة ، والفرق هو ينحصر فى تشتت التركيز ، بدلا من التمييز الواضح فى معالم الموقف .

كما تؤثر العوامل النفسية فى الظروف الطبية الأخرى ، ويتم التركيز هنا على مجريات تفاقم الحالة الطبية (على سبيل المثال ، الفرد مع الذبحة الصدرية التي قد يصبح معها قلقا) . وينصب التركيز في اضطراب الأعراض الجسدية ، على الأفكار غير القادرة على التأقلم ، مثل المشاعر ، والسلوكيات (على سبيل المثال ، الفرد مع الذبحة الصدرية ، والذي يقلق باستمرار من حدوث نوبة قلبية له ، ويبدأ معها فى قياس ضغط الدم عدة مرات في اليوم الواحد ، كما قد يحد من نشاطه) .

اضطراب القلق المرضى : يتميز اضطراب القلق المرضى بارتفاع مستوى القلق ، وهذا هو المؤلم ، والذى ينعكس على اضطراب الحياة اليومية مع الأعراض الجسدية فى حدها الأدنى . وينصب تركيز القلق السريري ، فى قلق الفرد عن وجود مرض ، في معظم الحالات ، رغم عدم وجوده فعلاً .

وتؤثر العوامل النفسية في الظروف الطبية الأخرى ، فالقلق قد يعود إلى العامل النفسي ذات الصلة الذى يؤثرعلى حالة طبية ،أما القلق السريري فهو ناتج من الآثار السلبية على الحالة الطبية .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

بحكم تعريف ، وتشخيص العوامل النفسية التي تؤثر على الظروف الطبية الأخرى ، قد تنطوي المتلازمة النفسية أو السلوكية ذات الصلة أو السمة بالحالة الطبية المرضية .

الاضطراب المصتنع Factitious Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F68.10) :

اضطراب صنعي مفروض على الذات أهم معاييرها ما يلى : -

A . تشويه علامات جسدية أو نفسية أو أعراض ، أو تحريض أو إصابة المرض ، ويرتبط مع الخدع التي تم تحديدها من قبل .

B . يعرض الفرد (نفسه / أو نفسها) للآخرين بأنه مريض وضعيف ، أو مصاب بجروح .

C . يتضح السلوك المخادع حتى في غياب المكافآت الخارجية واضحة (الواضحة منها والمرتبطة بالمكافأة مثل : الإفلات من جريمة قتل قام بها) .

D . لا يفسر السلوك بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلى آخر مثل : وهمية الاضطراب الذهاني أو اضطراب آخر .

تحديد : حلقة واحدة النوبات المتكررة (اثنين أو أكثر من أحداث تزيف المرض أو ادعاء الإصابة) .

اضطراب صنعي المفروض على آخر Factitious Disorder Imposed on Another :

A . تزييف علامات جسدية أو نفسية أو أعراض ، أو تحريض ، أو ادعاء الإصابة بالمرض ، في بلد آخر ، والذى يرتبط مع الخدع التي تم تحديدها .

B . يعرض الفرد شخص آخر (الضحية) للآخرين بأنه مريض وضعيف ، أو مصاب بجروح .

C . السلوك المخادع هو واضح حتى في غياب المكافآت الخارجية واضحة .

D . لا يفسر سلوك أفضل من خلال آخر اضطراب عقلي ، مثل اضطراب الوهمية الذهاني ، أو اضطراب آخر .

ملاحظة : أن يتلقى الجاني - وليس الضحية - هذا التشخيص .

إجراءات التسجيل Recording Procedures :

عندما يزيف الفرد المرض في بلد آخر (على سبيل المثال ، الأطفال والبالغين ، والحيوانات الأليفة) ، وقد يؤكد التشخيص وجود اضطراب صنعي على شخص آخر .

(الجاني ، وليس الضحية) ويتم معه إعطاء التشخيص . كما يمكن إعطاء الضحية تشخيص بالاعتداء .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة الأساس من سمات الاضطراب التصنعي هى تزيف علامات طبية أو نفسية ، وأعراض في النفس أو غيرها من الجهات التي ترتبط مع الخدع التي تم تحديدها . والأفراد مع الاضطراب الصنعي يمكن أيضاً أن يحصلوا على علاج لأنفسهم أو لآخر/ تالى ممن تم تحريضه على ادعاء الإصابة أو المرض .

ويتطلب التشخيص توفر دلائل على أن الفرد قد اتخذ تلك الإجراءات خلسة ، وسعى إلى تحريفها ، وإلى محاكاة ، مسببات وعلامات أو أعراض المرض أو الإصابة ، وذلك في غياب المكافآت الخارجية الواضحة . وقد تشملَ أساليب تزيف المرض المبالغة ، والتلفيق ، والمحاكاة ، والاستقراء . بينما يمكن للطبيب ، بداية أن يقيم الوضع الراهن ، والسلوك المخادع ، أو التحريض على الإصابة المرتبطة بالخداع ، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى تدخل سريري بصورة مفرطة . كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب صنعي قد يعانوا كذلك ، على سبيل المثال : من مشاعر الاكتئاب والانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) أو بعد وفاة الزوج ؛ أو المخادعة المرتبطة بحلقات تقرير الأعراض العصبية (على سبيل المثال ، النوبات ، والدوخة ،)؛ أو التلاعب فى الفحص المخبري (على سبيل المثال ، عن طريق إضافة الدم إلى البول) للإشارة زوراً بتزيف السجلات الطبية للإشارة إلى المرض ؛ أو إستيعاب مادة (مثل الأنسولين أو الوارفارين) للحث على نتيجة المختبر غير الطبيعية أو المرتبطة بالمرض ، أو جرح نفسه جسديا . أو حث المرض في حد ذاته (على سبيل المثال ، عن طريق حقن المواد البرازية لإنتاج خراجا أو للحث على الإنتان) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الصنعي المفروض على النفس / أو الاضطراب الصنعي المفروض على آخر ، والمعرضون لخطر المعاناه بضائقة نفسية شديدة أو اضطراب وظيفي ، وذلك من قبل التسبب في ضرر لأنفسهم أو للآخرين ،

سواء من المهنيين، أو الأسرة ، والأصدقاء ، أو دور الرعاية الصحية أيضاً ممن يتأثر سلبا بسلوكياتهم . وهناك أوجه شبه بين الاضطرابات الصنعي ، وبين اضطرابات تعاطي المخدرات ، وبين اضطرابات الأكل ، اضطرابات السيطرة على الانفعالات .

ونشأت بعض الاضطرابات الأخرى المتعلقة بكل من استمرار السلوك وجهود المتعمدة لإخفاء سلوك المختلين من خلال الخداع . في حين بعض جوانب الاضطراب الصنعي ، قد يتماثل مع السلوك الإجرامي (على سبيل المثال ، الاضطراب الصنعي المفروض على آخر ، في الإجراءات التي تمثل أصل الاعتداء وسوء معاملة الطفل) ، ولا يستبعد مثل هذا السلوك الإجرامي / والمرض العقلي بعضهما البعض .

ويؤكد تشخيص الاضطراب الصنعي على تحديد الهدف من تزيف علامات وأعراض المرض ، بدلا من الاستدلال عن القصد الممكن الكامن وراء الدافع . وعلاوة على ذلك ، فإن مثل هذه السلوكيات ، بما في ذلك التحريض على الإصابة ، أو المرض التصنعى والمرتبط بالخداع .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار الاضطراب التصنعي غير معروف ، من المحتمل بسبب دور الخداع في هذه الفئة من السكان . بين المرضى في المستشفيات ، ويقدر أن حوالي ١ ٪ من الأفراد لديهم العروض التي تلبي معايير الاضطراب التصنعي .

التنمية والدورة Development and Course :

مسار الاضطراب التصنعي هو عادة واحداً من الحلقات ، وعلى فترات متقطعة . وتوجد حلقة واحدة من الحلقات التي يتم وصفها بأنها مستمرة ومتواصلة على حد سواء ، والأقل شيوعاً . والتى عادة ما تبدأ في وقت مبكر من مرحلة البلوغ ، وغالباً ما تستمر إلى ما بعد الاستشفاء من الحالة الطبية أو الاضطراب العقلي .

أما الأفراد الذين يعانون من نوبات متكررة من التزييف من علامات وأعراض المرض أو تحريض الإصابة ، لهذا النمط المتعاقب من الاتصال الخادع مع العاملين في المجال الطبي ، بما في ذلك المستشفيات ، والذى قد يستمر مدى الحياة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

مقدمي الرعاية الذين يكذبون بشأن الاعتداء إصابات في المعالين فقط لحماية أنفسهم من المسؤولية لا يتم تشخيص المصابين باضطراب صنعي المفروضة على لأن الحماية من المسؤولية هي مكافأة الخارجية والسلوك المخادع هو واضح حتى في غياب المكافآت الخارجية) . مثل مقدمي الرعاية الذين ، بناء على الملاحظة والتحليل الطبية السجلات ، أو المقابلات مع الآخرين ، وجدت أن يكذب على نطاق واسع أكثر مما يجب لويتم تشخيص فوري الحماية الذاتية مع اضطراب صنعي المفروضة على آخر .

اضطراب الأعراض الجسدية : قد يكون هناك اهتماماً مفرطاً ، يسعى لمعالجة المخاوف الطبية المتصورة ، في اضطراب الأعراض الجسدية ، ولكن ليس هناك دليل على أن الفرد يقدم معلومات كاذبة أو يتصرف بأسلوب مخادع .

التمارض : يتمايز التمارض مع الاضطراب الصنعي عن طريق الإبلاغ - عن قصد - من أعراض مرضية لتحقيق مكاسب شخصية (على سبيل المثال ، المال ، والوقت من العمل) . وفي المقابل ، فإن التشخيص يتطلب التركيز على الاضطراب الصنعي / فى غياب المكافآت الواضحة .

اضطراب التحويل (اضطراب الأعراض العصبية) : يتميز اضطراب التحويل بالأعراض العصبية ، والذى يتعارض مع الفسيولوجيا المرضية العصبية . ويتميز الاضطراب الصنعي مع أعراض عصبية من اضطراب التحويل بأدلة تزييف خادعة من الأعراض .

اضطراب في الشخصية الحدية : المتعمد والمستند على أدلة مادية ، مثل إيذاء النفس في غياب الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والذى يمكن أن يحدث أيضاً بالاشتراك مع غيره من الاضطرابات النفسية مثل الشخصية الحدية . كما يتطلب الاضطراب الصنعي تحريض ، أو إصابة تحدث في سياق مجموعة المواقف الخادعة .

حالة طبية أو الاضطراب العقلي غير المرتبط ، والمتعمد بتزيف الأعراض : عرض علامات وأعراض المرض التي لا تتفق مع التعرف على حالة طبية ، أو مع اضطراب عقلي قد يزيد من احتمال وجود اضطراب صنعي . ومع ذلك ، فإن

تـشخيص الاضـطراب الـصنعي قـد لا يـستبعد وجـود حالـة طبيـة حقيقيـة أو اضطراب عقلي ، كما أن الأمراض المرضية غالباً مـا تحـدث للفـرد جنبـا إلى جنب مع الاضطراب الصنعي . وعلى سبيل المثال ، الأفراد الذين قد يتلاعبوا ، فى نسب مستوى السكر في الدم لإنتاج أعراض مرض السكري .

الاضطراب المتعلقة بأعراض جسدية المحدد وغيرها (F45.8) :

ينطبق هذا التصنيف على الاضطراب المتعلق بأعراض جسدية محـددة العـروض المميزة لجسدية أعـراض الاضـطراب / وذات الـصلة والـتي تـسبب الـضيق الإكلينيكـى الهام ، أو ضعف في العلاقات الاجتماعية ، والمهنية ، أو فى المجـالات الهامـة الأخـرى من الأداء ، والـتى تـسود ولكـن لا تفـي بالمعـايير الكاملـة لأي مـن الاضـطرابات ذو الأعراض الجسدية واضطرابات التشخيص ذات الصلة الطبقية .

أمثلة من العروض التي يمكن أن تكـون محـددة " والأخـرى المحـددة " وتـشمل ما يلي : -

١. بعض اضطرابات الأعراض الجسدية : مدة الأعراض/ أقل من ٦ أشهر .

٢. بعض اضطرابات مرض القلق : مدة الأعراض / أقل من ٦ أشهر .

٣. اضطراب القلق المرضى دون الإفراط في السلوكيات المتعلقة بالصحة : المعيار D لاضطراب القلق المرضى / لم يتم الوفاء بها .

٤. الاعتقاد الخاطئ بأنها حامل : والمقترن بعلامات الهدف وذكر أعراض الحمل .

اضطراب المتعلقة بالأعراض الجسدية الغير محددة (F45.9) :

ينطبق هـذا التـصنيف علـى العـروض الـتي تـشمل الأعـراض المميـزة لجسدية الاضطراب وذات الصلة التي تسبب الضيق هامة إكلينيكيا أو ضـعف في الاجتماعيـة ، المهنية ، أو مع مجالات هامة أخرى مـن الأداء ، والـتى تـسود ولكـن لا تفـي بالمعـايير الكاملـة لأي مـن الاضـطرابات في الأعـراض الجـسدية والاضـطرابات ذات الـصلة بالتشخيص . ولا ينبغي أن تكون الأعراض الجسدية غير محددة وما يتصل بهـا مـن فئـة الاضطراب ، ما لم تكن هناك حالات غير عادية مؤكدة ، أو عندما تكـون هنـاك عـدم كفاية فى المعلومات لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

اضطرابات الأكل والتغذية Feeding and eating disorders :

وتتسم بمجموعة اضطرابات الأكل والتغذية / قبل اضطرابات الأكل المستمرة ، أو السلوك ذات الصلة بالأكل ، والذى ينتج عنه استهلاك ، أو امتصاص الغذاء وأن يؤثر سلباً - إلى حد كبير - بسير الصحة الجسدية أو النفسية . ويتم توفير معايير تشخيص اضطراب بيكا Pica ، وذلك مع اضطرابات التأمل ، وتقييد انطوائية تناول الطعام واضطراب فقدان الشهية العصبي ، والمرض العصبي ، واضطراب الأكل بنهم .

المعايير التشخيصية لاضطراب التأمل ، وتشمل الانطوائية ، والتى تقيد إضطراب تناول الطعام ، واضطراب فقدان الشهية العصبي ، والشره المرضي العصبي ، والأكل بنهم نتيجة اضطراب في التصنيف المخطط له بأن يستبعد بعضها بعضا ، حتى أنه خلال حلقة واحدة فقط يمكن تعيين هذه التشخيصات .

أما الأساس المنطقي لهذا النهج هو وجود عدد من المميزات النفسية والسلوكية المشتركة ، وتختلف تلك الاضطرابات اختلافا جوهريا في التشخيص السريري " تشخيص اضطراب بيكا Pica "[1] والذى يحتاج إلى علاج ، ومع ذلك ، فقد يتم تعيينه ، حتى فى وجود أي اضطرابات طعام أخرى .

بعض الأفراد الذين يعانون من تلك الاضطرابات ، يمكن وصفها في هذا التقرير ، فى فصل الأعراض المرتبطة بالأكل ، والتى تشبه تلك المؤيدة - عادة - من قبل الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات ، مثل الحنين إليه ، وأنماط الاستخدام القهري . وقد يعكس هذا التشابه المشاركة من نفس الأنظمة العصبية ، بما في ذلك المتورطين في تنظيم ضبط النفس ، في كلا المجموعتين من الاضطرابات .

---

(١) اضطراب بيكا Pica من الاضطرابات النفسية الغير شائعة من حيث التعرف عليها ، والسمة الأساس لهذا الاضطراب وفقاً لما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي هو أكل واحد أو أكثر من المواد الغير صحية وذلك لفترة لا تقل عن شهر على الأقل ، كما أن هذه المواد التى يتم بلعها تميل للاختلاف مع التقدم بالعمر ، فالرضع والأطفال الأصغر سناً يأكلون الطلاء ، البلاستر، الخيوط ، الشعر، القماش ، بينما الأطفال الأكبر سناً من الممكن أن يأكلون فضلات الحيوانات، الرمال ، الحشرات، أوراق الشجر أو الحصى .

ومع ذلك ، فإن المساهمات النسبية للعوامل المشتركة في تطوير اضطراب الأكل والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات ، والتى تظل مفهومة بما فيه الكفاية .

وأخيرا ، لا يتم تضمين السمنة في DSM-5 كنوع من الاضطراب العقلي ، وتعبر السمنة (الدهون الزائدة في الجسم) على تلك النتائج الزائدة على المدى الطويل من استهلاك الطاقة / وذلك بالمقارنة مع حجم حرق الطاقة .

وهناك مجموعة من العوامل الفسيولوجية والسلوكية والمخاطر البيئية الوراثية التي تختلف باختلاف الأفراد الذين يساهمون في تطوير البدانة ، وبالتالي ، ولا تعتبر البدانة – العقلية – اضطراباً . ومع ذلك ، هناك علاقة قوية بين السمنة وعدد من الاضطرابات العقلية (على سبيل المثال ، اضطراب الأكل بنهم ، الاكتئاب واضطرابات القطبين ، والفصام) .

أما الآثار الجانبية لبعض الأدوية العقلية فقد ُتسهم إسهاما مهما في تنمية السمنة ، وقد تكون السمنة أحد عوامل الخطر لتطوير بعض الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال ، اضطرابات الاكتئاب) .

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استمرار الأكل الثابت من مواد غير غذائية على مدى فترة (شهر واحد) على الأقل .

B . الأكل من مواد غير غذائية ، وغير مناسب لمستوى نمو الفرد .

C . لا يُعد سلوك الأكل جزءاً من الممارسة ، بدعم ثقافي أو اجتماعي معياري .

D . في حالة حدوث سلوك الأكل في سياق اضطراب عقلي آخر (مثل العجز الفكري [إضطراب النمو الفكري] ، اضطراب ، وطيف التوحد ، وانفصام الشخصية) أو الحالة الصحية (بما في ذلك الحمل) ، إذا كانت شديدة بما يكفي لتبرير إضافي للاهتمام السريري .

ملاحظة الترميز : رمز ICD -9- معايير تشخيص اضطراب بيكا Pica والذى يستخدم للأطفال أو البالغين . برموز ICD-10-CM اضطراب بيكا Pica وهي (F98.3) في الأطفال و(F50.8) في البالغين .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة الأساس من الاضطراب المصطنع هو أكل وجبة واحدة أو أكثر ، من المواد غير غذائية على أساس مستمر على مدى فترة (شهر واحد) على الأقل (المعيار A) وهى نسبة قاسية بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري . أما المواد النموذجية التى يميلوا إلى بلعها فتختلف مع تقدم العمر وتوافر القوة وتشمل الورق ، والصابون ، والقماش ، والشعر ، والسلسلة ، والصوف ، والتربة ، والطباشير ، وبودرة التلك ، والطلاء والصمغ ، والمعادن والحصى ، والفحم أو الفحم والرماد والطين ، والنشا ، أو الجليد . كما يتم تضمين مواد غير غذائية ، من تشخيص اضطراب بيكا Pica والذى لا ينطبق على تناول منتجات الحمية الغذائية التي تحتوي على محتوى الحد الغذائى الأدنى .

وعادة ما يكون هناك نفور في الغذاء بشكل عام : والاتجاه إلى أكل مواد غير غذائية ، ويجب أن تكون المواد التنموية غير ملائمة (B) وليست جزءاً من الثقافة المؤيدة بالممارسة المعيارية الاجتماعية (C) .

ويقترح ما لا يقل عن (عمر سنتين) لتشخيص اضطراب بيكا Pica لاستبعاد مواد النمو العادى من قبل الأطفال الرضع .

أما أكل ، المواد غير الغذائية ، فيمكن أن تكون سمة مرتبطة بالاضطرابات النفسية الأخرى (على سبيل المثال ، الإعاقة الفكرية [إضطراب النمو الفكري] ، اضطراب طيف التوحد وانفصام الشخصية) . وفي حالة حدوث سلوك الأكل حصراً في سياق من اضطراب عقلي آخر ، ينبغي بذل تشخيص منفصل من اضطراب بيكا Pica إلا إذا كان سلوك الأكل شديداً لتبرير الاهتمام السريري الإضافي (D) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

على الرغم من أوجه القصور في الفيتامينات أو المعادن (مثل الزنك والحديد) فقد ذكرت في بعض الحالات - ما تم العثور عليه - غالباً بوجود شذوذ بيولوجي معين . ففي بعض الحالات ، يأتي تشخيص اضطراب بيكا Pica للاهتمام السريري التالي لمضاعفات طبية عامة (على سبيل المثال ، مشاكل الأمعاء الميكانيكية ؛ الانسداد

المعوي ؛ وانثقاب الأمعاء ؛ وعدوى مثل داء المقوسات ، وداء السهميات نتيجة لتناول البراز أو التراب ؛ والتسمم ، عن طريق ابتلاع الطلاء المتداخل مع الرصاص) .

معدل الانتشار **Prevalence** غير واضح بين الأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية ، ومعدل الانتشار مع تشخيص اضطراب بيكا Pica يتضح مع زيادة شدة الحالة .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

يمكن أن يحدث ظهور اضطراب بيكا Pica في مرحلة الطفولة والمراهقة ، أو فى مرحلة البلوغ ، وعلى الرغم من أن بداية مرحلة الطفولة تفيد فى التقارير الأكثر شيوعاً . إلا أنه يمكن أن يحدث في الأطفال ، وذلك خلافاً للشكل الطبيعي .

أما في البالغين ، فتبدو احتمالات حدوثه - أكثر احتمالاً ، في سياق الإعاقة الفكرية أو الاضطرابات النفسية الأخرى . أما أكل مواد غير غذائية ، فقد يظهر أيضاً في فترة الحمل ، والتى قد تحدث عند الرغبة الشديدة المحددة (على سبيل المثال ، الطباشير أو الجليد) . تشخيص اضطراب بيكا Pica خلال فترة الحمل هو مناسبة فقط إذا كانت هذه الرغبة الشديدة تؤدي إلى ابتلاع مواد غير غذائية ، إلى حد أن الأكل من هذه المواد قد يشكل مخاطر طبية محتملة .

أما مسار الاضطراب المطول ، فيمكن أن يؤدي إلى حالات الطوارئ الطبية (وعلى سبيل المثال ، الانسداد المعوي ، وفقدان الوزن الحاد ، والتسمم) . ويمكن للاضطراب المحتمل أن يكون قاتلاً ، وذلك اعتماداً على المواد التى يتم بلعها .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : الإهمال ، والافتقار إلى الإشراف ، وتأخر في النمو ، والتى يمكن أن تزيد من مخاطر هذا الشرط .

تشخيص القضايا ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic Issues :

في بعض المجتمعات ، يعتقد أن الأكل من الأرض أو من مواد أخرى ، لتكون ذات قيمة اجتماعية وروحية وطبية ، أو غيرها ، أو قد تكون ثقافية أو اجتماعية بدعم الممارسة المعيارية . ومثل هذا السلوك لا يتضمن تشخيص اضطراب بيكا Pica (C) .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين
Gender-Related Diagnostic Issues :

تشخيص اضطراب بيكا Pica يحدث في كل من الذكور والإناث . ويمكن أن يحدث في الإناث خلال فترة الحمل ، ومع ذلك ، لا يعرف إلا القليل عن سير اضطراب بيكا Pica في فترة ما بعد الولادة .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

قد يكشف التصوير الشعاعي ، والموجات فوق الصوتية ، وغيرها من وسائل المسح عن عوائق تتعلق بتشخيص اضطراب بيكا Pica . كما تستخدم اختبارات الدم والفحوصات المخبرية الأخرى ، للتأكد من مستويات التسمم أو طبيعة الإصابة .

الآثار الوظيفية للاضطراب بيكا Pica :

عرض اضطراب بيكا Pica يمكن أن يضعف بشكل كبير من الأداء البدني ، لكنه نادرا ما يكون السبب الوحيد لضعف الأداء الاجتماعي . وغالباً ما يحدث اضطراب بيكا Pica مع غيره من الاضطرابات المرتبطة بضعف الأداء الاجتماعي .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الأكل من غير المواد الغذائية - غير المفيده صحياً - قد يُحدث مواد غير غذائية أثناء الاضطرابات العقلية الأخرى (مثل اضطراب طيف التوحد والفصام) ومتلازمة كلين .

وفي أي حال من هذا القبيل ، ينبغي إيلاء تشخيص إضافي من اضطراب بيكا Pica فقط إذا كان سلوك الأكل ثابتاً وشديداً بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري الإضافي . وعادة ما يمكن تمييز اضطراب فقدان الشهية العصبي / عن التغذية واضطرابات الأكل الأخرى ، وما يتصل بها من استهلاك مواد غير غذائية .

ومن المهم أن نلاحظ ، أن بعض العروض من اضطراب فقدان الشهية العصبي ، قد يشمل ابتلاع مواد غير الغذائية ، مثل مناديل ورقية ، كوسيلة لمحاولة السيطرة على الشهية . وفي مثل هذه الحالات ، عندما يتم استخدام الأكل من مواد غير غذائية في المقام الأول باعتباره أحد وسائل السيطرة على الوزن ، يجب أن يكون التشخيص الأولي هنا هو اضطراب فقدان الشهية العصبي .

اضطراب صنعي : بعض الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الصنعي ، قد يتناولوا عمداً الأجسام الغريبة كجزء من نمط تزييف الأعراض الجسدية . وفي مثل هذه الحالات ، هناك عنصر الخداع التي ينسجم مع التحريض المتعمد للإصابة أو المرض .

إصابة الذات وسلوكيات إصابة الذات في اضطرابات الشخصية : بعض الأفراد قد يبتلعوا المواد الضارة المحتملة (على سبيل المثال ، الدبابيس ، والإبر والسكاكين) وفي سياق أنماط السلوك غير القادرة على التأقلم المرتبطة باضطرابات الشخصية أو إيذاء الذات .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الاضطرابات المرضية الأكثر شيوعاً مع تشخيص اضطراب بيكا Pica هي مرض التوحد ، واضطراب الطيف والعجز الفكري (اضطراب التنمية الفكرية) ، وبدرجة أقل ، الفصام ، والوسواس القهري . ويمكن أن يترافق تشخيص اضطراب بيكا Pica مع اضطراب نتف الشعر) واضطراب شجب أو سحب (تقطيع الجلد) .

وفي العروض المرضية ، فإن عادة ما يتم تناول الشعر أو الجلد . ويمكن أن يرتبط تشخيص اضطراب بيكا Pica مع انطوائية الغذاء ، وتقييد اضطراب الطعام المدخول ، وخاصة في الأشخاص الذين يعانون من عنصر الحسية / الحركية القوية . وعندما يعرف الفرد أن تشخيص اضطراب بيكا Pica ينبغي أن يتضمن تقييم دراسة احتمال حدوث مضاعفات في الجهاز الهضمي ، والتسمم ، والعدوى ، ونقص التغذية .

اضطراب التأمل Rumination Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F98.21) :

A . الارتجاع المتكررمن المواد الغذائية على مدى فترة من (شهر واحد على الأقل) . الغذاء المتقيأ يجوز إعادة مضغة ، وإعادة ابتلاعه ، أو بصقه .

B . الارتجاع المتكرر لا ينسب إلى الجهاز الهضمي المرتبط بحالة طبية أو غيرها (على سبيل المثال ، الجزر المعدي المريئي ، وتضيق فتحة البواب) .

C . لا تحدث اضطرابات الأكل حصرا أثناء اضطراب فقدان الشهية العصبي ، والشره المرضي العصبي ، واضطرابات الأكل بنهم ، أو اضطراب انطوائية تقييد الغذاء .

D . قد تحدث الأعراض في سياق اضطراب عقلي آخر (مثل الإعاقة الذهنية [إضطراب النمو الفكري] أو اضطرابات النمو العصبي الأخرى) ، وهي شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري الإضافي .

تحديد ما إذا كان : يتم ذلك في تأجيل بعض المعايير الكاملة لاضطراب التأمل ، والتى تحققت سابقا ، أو أن المعايير لم يتم الوفاء بها لفترة طويلة من الزمن .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

سمة أساس من سمات اضطراب التأمل هى الارتجاع المتكرر من المواد الغذائية التي تحدث بعد التغذية أو تناوله على مدى فترة (من شهر واحد) على الأقل (المعيار A) .

أو ابتلاع سابق يتم به جلب المواد الغذائية التي أمكن هضمها جزئيا ، ثم تصل إلى الفم دون أدلة واضحة على الغثيان ، أو الاشمئزاز والذى يتم من خلاله إعادة مضغ الطعام ، ثم طرده من الفم أو إعادة ابتلاعه . وينبغي أن يحدث الارتجاع في اضطراب التأمل المتكرر ، والذى يحدث على الأقل عدة مرات في الأسبوع ، كعادة شبه يومية .

ولا يجب تشخيص سلوك اضطراب التأمل ، مع اضطراب الجهاز الهضمي ، أو المرتبط بحالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، الجزر المريئي ، وتضيق البواب) (B) ولا يحدث ذلك حصرا أثناء اضطراب فقدان الشهية العصبي ، والشره المرضي العصبي ، واضطرابات الأكل بنهم ، أو اضطراب تناول الطعام الانطوائي (المعيار C) . وإذا حدثت الأعراض في سياق آخر اضطراب عقلي (مثل الإعاقة الذهنية [إضطراب النمو الفكري] ، اضطراب النمائية العصبية) ، يجب أن تكون شديدة بما فيه الكفاية لإقرار تبرير سريرى إضافي (D) وينبغي أن يمثل الجانب الأساس من هذه الأعراض للفرد التى تتطلب التدخل .

كما يمكن تشخيص هذا الاضطراب في جميع أنحاء فترة حياة الفرد ، ولا سيما في الأفراد الذين لديهم إعاقة ذهنية . والعديد من الأفراد مع اضطراب التأمل يمكن ملاحظتهم مباشرة بعد إجراء الفحوصات الطبية ، ويمكن إجراء تشخيص حالات أخرى على أساس المعلومات الموثقة من الوالدين ، أو من مقدمي الرعاية . وقد يصف الأفراد السلوك المعتاد لهم ، أو الخارج عن سيطرتهم .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

الاطفال الذين يعانون من اضطراب التأمل عرضه لمواقف سمة من الإجهاد فى الظهر مع عقد الرأس إلى الوراء ، وقد يعطي ذلك الانطباع لكسب الرضا من النشاط . ويمكن أن يكون سريع الانفعال والإحساس بالجوع بين حلقات الارتجاع . ويؤدى اضطراب فقدان الوزن ، وعدم الوصول إلى زيادة الوزن ،كسمات مشتركة في الاطفال الذين يعانون من اضطراب التأمل . وقد يحدث سوء التغذية ، على الرغم من الإحساس بالجوع ، على ما يبدو للرضيع ، وابتلاع كميات كبيرة نسبيا من المواد الغذائية ، وبخاصة في الحالات الشديدة ، وعندما يتم الارتجاع على فور كل رضعة ، فيتم طرد حلقة الغذاء متقيأ . وقد يحدث سوء التغذية أيضاً في الأطفال الأكبر سنا والكبار ، ولا سيما عندما يترافق الارتجاع بواسطة تقييد السعرات الحرارية .

وقد يحاول المراهقين والبالغين إخفاء السلوك الارتجاعى من خلال وضع تسليم الفم أو السعال . أو تجنب تناول بعض الأطعمة مع الآخرين ، وقد يمتد ذلك إلى تجنب الأكل قبل المواقف الاجتماعية ، مثل العمل أو المدرسة (على سبيل المثال ، لأنه تجنب الإفطار ، خوفاً من أن يعقبه ارتجاع) .

معدل الانتشار Prevalence :

أما بيانات معدل الانتشار لاضطراب التأمل ، فهى غير حاسمة ، ولكن هذا الاضطراب شائع وذكرت قد يكون الأعلى في مجموعات معينة ، مثل الأفراد من ذوي الإعاقة الفكرية .

التنمية والدورة Development and Course :

يمكن أن تحدث بداية الاضطراب التأملي في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة ، أو فى مرحلة البلوغ . أو قد يحدث في بداية سن الرضاعة ، والتى عادة ما تتراوح أعمارهم بين (٣ و١٢ شهرا) .

وقد تحدث الاضطراب في كثير من الأحيان بصورة عفوية ، ولكن مساره يمكن أن يكون مطولاً ، ويمكن أن يؤدي إلى / حالات الطوارئ الطبية (مثل ، سوء التغذية الحاد) . ويحتمل أن يكون قاتلاً ، وخاصة في سن الطفولة .

ويمكن لاضطراب التأمل أن يكون عرضياً ، أو يحدث بشكل مستمر ، خاصة لدى الأطفال الرضع ، وكذلك في الأفراد الأكبر سنا من ذوي الإعاقة الفكرية (إضطراب التنمية الفكرية) أو الاضطرابات العصبية النمائية الأخرى ، وسلوك الإرتجاع والتأمل ، والتى يبدو أن لديها وظيفة مهدئه للنفس أو للتحفيز الذاتي ، المماثلة لتلك السلوكيات الحركية المتكررة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : المشاكل النفسية مثل عدم وجود التحفيز ، والإهمال ، والمجهدة في الحياة للحالات ، والمشاكل في العلاقة بين الوالدين والطفل قد تُشكل عوامل مهيئة في الرضع والأطفال الصغار .

أما العواقب الوظيفية من اضطراب التأمل ، فيتمثل فى سوء التغذية الثانوي للارتجاع المتكرر ، والذى قد يترافق مع تأخير النمو ، ويكون له تأثير سلبي على النمو وعلى القدرة على التعلم . ويقيد بعض الأفراد الأكبر سنا مع اضطراب التأمل بصورة عمدية مقصودة من تناول طعامهم بسبب عدم (الرغبة الاجتماعية) من الارتجاع . ولذلك قد يقدمونه مع الرغبة فى فقدان الوزن أو خفض الوزن . أما فى الأطفال الأكبر سنا والمراهقين ، والبالغين ، فمن المرجح أن يكون سلبياً بخصوص الأداء الاجتماعى المتضرر .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

من المهم التفريق بين الارتجاع في اضطراب التأمل (الاستغراق فى التأمل) ومن الشروط الأخرى التي تُميز الجزر المعدي المريئي أو القيء (مثل خزل المعدة ، تضيق فتحة البواب ، وفتق الحجاب الحاجز ، ومتلازمة الارتجاع عند الرضع) ، والتي يجب أن تحكم بها الفحوصات الطبية المناسبة والاختبارات المعملية .

فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي : الأفراد مع اضطراب فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي ، قد تشارك أيضاً في الارتجاع مع البصق اللاحق من الغذاء ، كوسيلة للتخلص من السعرات الحرارية التى تم تناولها بسبب مخاوف بشأن زيادة الوزن .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يمكن أن يحدث الارتجاع مع التأمل المرتبطة في سياق المتزامنة الطبية حالة أو اضطراب عقلي آخر (مثل ، اضطراب القلق العام) . عندما يحدث الارتجاع في هذا السياق ، فإن تشخيص اضطراب التأمل مناسب فقط عندما يحدث اضطراب شديد يفوق المرتبط بشكل روتيني مع مثل هذه الظروف أو اضطرابات الانتباه وتشخيصات سريرية إضافية .

الاضطراب الانطوائي لتناول الطعام Restrictive Food Intake Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F50.8) :

A . اضطراب التغذية أو تناول الطعام (على سبيل المثال ، يظهر عدم الاهتمام بتناول الطعام أو الغذاء؛ وتجنبه استنادا إلى الحسية الحركية للغذاء ؛ مثل تخوف من عواقب الأكل) كما يتضح من الفشل المستمر لتلبية تلقى الوجبات الغذائية المناسبة أو احتياجات الطاقة المرتبطة مع واحد (أو أكثر) من العوامل التالية : -

١. فقدان الوزن الكبير (أو الفشل في تحقيق زيادة الوزن المتوقعة أو تعثر النمو في الأطفال) .

٢. نقص التغذية الكبير .

٣. الاعتماد على التغذية المعوية أو المكملات الغذائية عن طريق الفم .

٤. التدخل الملحوظ مع الأداء النفسي والاجتماعي .

B . لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال نقص الغذاء المتاح أو بعقاب ثقافي ممارس .

C . لا تحدث اضطرابات الأكل حصرا أثناء فقدان الشهية العصبي أو الشره المرضي العصبي ، وليس هناك دليل على وجود اضطراب في الطريقة التي ترتبط بوزن الجسم أو الشكل .

ولا ينسب اضطراب الأكل إلى حالة طبية متزامنة ، أو لم تكن الأفضل ف تفسير اضطراب عقلي آخر . وعند حدوث اضطراب الأكل في سياق شرط آخر أو اضطراب آخر ، فإن شدة اضطراب الأكل قد ترتبط بشكل روتيني مع حالة اضطراب ، أو عوارض سريرية أخرى .

تحديد ما إذا كان : تلك المعايير الكاملة للانطوائية تقيد اضطراب تناول الطعام ، وكانت في السابق تدفع إلى التقيؤ (إفراغ المعدة) ، أو إذا لم تحقق المعايير لفترة طويلة من الزمن .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

اضطراب الانطوائية عن تناول الطعام ، يمتد تشخيصه فى الدليل التشخيصى DSM-IV للتغذية حول اضطراب الطفولة ، أو في مرحلة الطفولة المبكرة . وميزة التشخيص الرئيس من انطوائية تقييد إضطراب تناول الطعام ، يشير إلى تجنب أو تقييد الاستهلاك الغذائي (A) ويتضح في فشل مهمة إكلينيكية لتلبية متطلبات التغذية أو عدم كفاية استهلاك الطاقة من خلال تناول الطعام عن طريق الفم . واحد أو أكثر من السمات الرئيسة التالية يجب أن تكون موجودة :

فقدان وزن كبير ، ونقص فى التغذية هام (أو ذات صلة بالأثر الصحي) ، والاعتماد على تغذية معوية أو المكملات الغذائية عن طريق الفم ، أو وضع علامة التدخل في سير الحالة النفسية والاجتماعية . كما يجب تحديد ما إذا كان فقدان الوزن عند مستوى كبير ومناسب للحكم السريري ؛ وذلك بدلا من فقدان الوزن ، وقد لوحظ أن الأطفال والمراهقين الذين لم يكملوا الوزن المناسب ، قد لا يحافظوا على معدلات النمو المعيارى للمرحلة العمرية .

ويستند تقرير حول نقص التغذية كثيراً (A2) أيضاً على التقييم السريري (على سبيل المثال ، وتقييم المدخول الغذائي ، والفحص البدني ، والفحوص المخبرية ، والاختبارات) ، وأثر ذلك على الصحة الجسدية ، يمكن أن تكون ذات خطورة مماثلة لتلك التي شوهدت في فقدان الشهية العصبي (على سبيل المثال ، انخفاض حرارة الجسم ، بطء القلب ، فقر الدم) . وفي الحالات الشديدة ، لا سيما في الرضع والمرتبط بسوء التغذية ، والتي يمكن أن تهدد الحياة .

" الاعتماد " على تغذية معوية أو عن طريق الفم الغذائية المكملات الغذائية (A3) يعني ما هو مطلوب للحفاظ على التغذية التكميلية بكمية كافية . وتشمل الأمثلة على الأفراد المحتاجين للتغذية التكميلية الأطفال الذين يعانون من الفشل في تحقيق الازدهار الذي يتطلب التغذية بأنبوب أنفي معدي ، أما الأطفال ذوي اضطرابات النمو

العصبي الذين يعتمدون على المكملات الغذائية الكاملة ، والأفراد الذين يعتمدون على التغذية بأنبوب المعدة بصورة كاملة اعتماداً على المكملات الغذائية عن طريق الفم ، وذلك في حالة عدم وجود حالة طبية كامنة . أما في حالة عدم القدرة على المشاركة في الأنشطة الاجتماعية العادية ، مثل تناول الطعام مع الآخرين ، أو للحفاظ على العلاقات ، حتى مع هذا الاضطراب ، والتي من شأنها أن تغرس تدخلات ملحوظة مع الأداء النفسي .

(A4) . ولا تشمل الانطوائية تقييداً إضطراب تناول الطعام ، وتجنب أو تقييد تناول الطعام المتصل بعدم توافر الغذاء أو الممارسات الثقافية (على سبيل المثال ، الصوم أو اتباع نظام غذائي عادي) .

(B) . كما أنها لا تشمل السلوكيات العادية تنمويا (على سبيل المثال ، صعوبة الإرضاء في الأكل للأطفال الصغار ، وانخفاض كمية الطعام لكبار السن) . ولا تعد الاضطرابات أفضل تفسير للقلق المفرط حول وزن الجسم أو الشكل .

(C) وتتم عن طريق العوامل الطبية المتزامنة أو الاضطرابات العقلية .

(D) . يتجنب الطعام بعض الأفراد ، أو يقيدوا يجوز الخصائص الحسية الحركية من مكونات المواد الغذائية ، مثل الحساسية المفرطة للون ، والرائحة ، والملمس ، ودرجة الحرارة ، أو الذوق . وقد وصف مثل هذا السلوك بأنه " الأكل تقييدا " الأكل الانتقائي ، الأكل في الاختيار ، الأكل إلحاحاً ، الرفض الغذائي المزمن ، ورهاب الجديد من الطعام " وربما ظهر رفض أن يأكل ماركات معينة من الأطعمة ، أو أن يتسامح رائحة الطعام التي تؤكل من قبل الآخرين . كما أن لدى بعض الأفراد الحساسيات / مثل الحسية الحركية المشددة ، والتي ترتبط بمرض التوحد Autism وقد تظهر سلوكيات مماثلة له . كما قد يتجنب الطعام أو تقييده ، والتي قد تمثل أيضاً استجابة سلبية مرتبطة بطعام معين .

مع تناول الطعام عبر تجربة مكره عليها ، قد يشعر مثل الاختناق ؛ والصدمة ، والتي عادة ما تنطوي على القناة المضمية (مثل تنظير المريء) ؛ أو تكرار القيء . وتعد حالة شروط عسر البلع ، بمثابة قمة هستيرية توصف لمثل هذه الحالات .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

قد تترافق تلك الأعراض مع العديد من المميزات ، مثل تجنب الطعام أو انخفاض الاستهلاك الغذائي ، بما في ذلك عدم الاهتمام بتناول الطعام أو الغذاء ، مما يؤدي إلى فقدان الوزن أو تعثر النمو . وقد يلجأ الأطفال الصغار بأنهم في حالة نعاس ، أو عدم إقدامه على التغذية . وقد لا تقدم الرعاية الأولية أثناء رضاعة الأطفال أو مع عدم القدرة على التواصل مع الجوع لصالح أنشطة أخرى . أما مع الأطفال الأكبر سنا والمراهقين ، فيتم تجنب الطعام أو تقييده ، والذى قد يترافق مع الصعوبات العاطفية الأكثر شيوعاً ، والتي لا تستوفي المعايير التشخيصية والقلق ، والاكتئاب ، أو الاضطراب الثنائي القطب ، الذى يسمى أحيانا " اضطراب الغذاء العاطفي" .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

يرتبط تجنب الطعام أو تقييده بعدم كفاية تناول أو عدم الاهتمام بتناول الطعام الأكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة / أو في مرحلة الطفولة المبكرة ، والتى قد تستمر في مرحلة البلوغ . وبالمثل ، يجب تجنب أساس الخصائص الحسية الحركية للغذاء ، والذى يميل إلى ظهوره في العقد الأول من الحياة ، ولكن قد يستمر في مرحلة البلوغ . إلا أن تجنب العواقب المتعلقة به يمكن أن ينشأ في أي سن .

ويعد الأدب شحيحاً بشأن النتائج طويلة الأجل ، والتى تشير إلى تجنب الغذاء أو تقييده على أساس الجوانب الحسية الحركية المستقرة نسبيا وطويلة الأمد ، ولكنها يمكن فى حالة استمرارها في مرحلة البلوغ ، يمكن أن يرتبط ذلك التجنب بتقييده نسبيا مع الأداء الطبيعي . وهناك أدلة كافية حالياً للربط المباشر بين الانطوائية باضطراب تناول الطعام وظهور لاحق لاضطراب الأكل .

أما الاطفال الذين يعانون من الانطوائية / بالتوازى مع تقييد إضطراب تناول الطعام ، فقد يكونوا سريعى الانفعال ومن الصعب التحكم فيهم ، أو قد يظهر لديهم الشعور باللامبالاة . وفي بعض الحالات قد يسهم الوالدين فى زيادة تفاعل الطفل مع مشكلة التغذية حتى للرضيع (على سبيل المثال ، تقديم الطعام بشكل غير لائق ، أو تفسير سلوك الطفل باعتباره عملا من أعمال العدوان أو الرفض) .

كما أن عدم كفاية الكم الغذائي قد يفاقم المميزات المرتبطة بها (على سبيل المثال ، التهيج وتخلف عن معايير النمو) وكذلك المساهمة في صعوبات التغذية . وتشمل العوامل المرتبطة بمزاجه أو العاهات التنموية والتى تقلل من استجابة الرضيع للتغذية . كما قد تتعايش نفسية الوالدين ، مع استمرار إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم ، ويقترح معها إحالة مهام تحسين التغذية والوزن لمقدمي الرعاية المتغيرة . والمقدمة للأطفال الرضع ، والأطفال الصغار والمراهقين فيما قبل البلوغ ، وقد ترتبط الانطوائية باضطراب تناول الطعام مع تأخير مستوى النمو ، وسوء التغذية الناتجة عن تأثير سلبي على عملية النمو والتعلم المحتملة .

أما فى الأطفال الأكبر سنا والمراهقين ، والبالغين ، فإن الأداء الاجتماعى يميل إلى أن يكون ضاراً بغض النظر عن العمر ، والذى قد يتأثر بوظيفة الأسرة ، مع اشتداد الإجهاد أثناء تناول الطعام والتغذية في سياقات الأكل الأخرى التي تجمعه بالأصدقاء والأقارب .

وتتصل الانطوائية باضطراب تناول الطعام ، والأكثر شيوعاً في الأطفال من في البالغين ، ويمكن أن يكون هناك تأخير طويل بين بداية الاضطراب والمرحلة السريرية . وقد تختلف المسببات اختلافا كثيراً ، والتى قد تشمل الصعوبات المادية والاجتماعية ، والعاطفية .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : اضطرابات القلق ، واضطراب طيف التوحد ، واضطراب الوسواس القهري ، ونقص الانتباه لفرط النشاط ، قد تزيد من خطر الانطوائية أوتقييد التغذية أو سلوك الأكل كسمة من سمات الاضطراب .

المخاطر البيئية : عوامل المخاطر البيئية الانطوائية ، يمكن أن تؤدى إلى تقييد إضطراب تناول الطعام ويشمل ذلك القلق العائلي . وقد يحدث ارتفاع معدلات اضطرابات التغذية لدى الأطفال من أمهات مضطربي الأكل .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : تاريخ ظروف الجهاز الهضمي ، والجزر المعدي المريئي يرتبط بالمرض ، والتقيؤ ، ومجموعة من المشاكل الطبية الأخرى مع التغذية

والأكل ، كما تعد تلك السلوكيات سمة من انطوائية تقييد إضطراب تناول الطعام .

تشخيص قضايا ذات الصلة الثقافية Culture-Reiated Diagnostic issues :

العروض المماثلة للانطوائية تسهم فى اضطراب تناول الطعام ، والتى تحدث مع مختلف السكان ، بما في ذلك في الولايات المتحدة وكندا وأستراليا وأوروبا .

قضايا تشخيص المرتبطة بين الجنسين

Gender-Reiated Diagnostic issues

تقييدا إضطراب تناول الطعام ، نتيجة للانطوائية ، هو أمر شائع على قدم المساواة في الذكور والإناث في سن الطفولة ومرحلة الطفولة المبكرة ، ولكن الانطوائية تحدث هذا التقييد فى تناول الطعام مع الاضطراب المرضي مثل اضطراب طيف التوحد لدي غالبية الذكور . أما تجنب الطعام أو تقييده المتعلق بالتغير ، فيمكن أن يحدث في بعض الحساسيات ، مثل الحسية الحركية والظروف الفسيولوجية ، والتى من أبرزها مرحلة الحمل .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Maricers :

تشمل علامات التشخيص سوء التغذية ، وانخفاض الوزن ، وتأخير النمو ، وضرورة التغذية الاصطناعية في حالة عدم وجود أي حالة طبية أخرى واضحة من الفقراء ذوى الدخل المحدود . أما عواقب تلك الانطوائية التقييدية مع اضطراب الغذاء فتشمل القيود التنموية والوظيفية المرتبطة بضعف النمو البدني والصعوبات الاجتماعية ، والتي يمكن أن يكون لها تأثير سلبي كبير على وظيفة ودور الأسرة .

التشخيص Differentiai Diagnosis :

فقدان الشهية السابقة تقيد السعرات كعرض من أعراض غير محددة ، والتي يمكن أن تصاحب عدد من التشخيصات النفسية المختلفة . كما يمكن تشخيص انطوائية تقييد إضطراب تناول الطعام بالتزامن مع الاضطرابات أدناه ، وذلك إذا تم استيفاء جميع المعايير اللازمة لها ، ويتطلب اضطراب الأكل الاهتمام السريري المحدد .

الحالات الطبية الأخرى (على سبيل المثال ، أمراض الجهاز الهضمي ، والحساسية الغذائية ، والأورام الخبيثة الغامضة) . وقد يحدث تقييد الاستهلاك الغذائي في حالات طبية الأخرى ، وخاصة أولئك الذين لديهم أعراض مثل القيء المستمر ، وفقدان

الشهية ، والغثيان ، والبطن الألم ، والإسهال . و'تشخص انطوائية تقييد اضطراب تناول الطعام عن طريق الأعراض الجسدية المتسقة مع حالة طبية .

وقد تعقد التغذية وتناول الطعام الظروف النفسية أو الطبية المرضية الكامنة . وذلك مع الأفراد كبار السن ، والمرضى بعد الجراحة ، والأفراد يتلقون العلاج الكيميائي ، كل هؤلاء كثيراً ما يفقدوا شهيتهم ، كما أن التشخيص الإضافية لانطوائية تقييد إضطراب تناول الطعام يتطلب أن يكون اضطراب الأكل هو التركيز الأساسي للتدخل : والمحدد بالجوانب العصبية / والعصبية والعضلية ، والاضطرابات الهيكلية ، أو الخلقية والشروط ، والصعوبات المرتبطة بالتغذية .

وغالباً ما تتعلق صعوبات التغذية الشائعة في عدد من الشروط الخلقية والعصبية ، أو مع مشاكل وصعوبات التغذية عن طريق الفم المريء هيكل البلعوم ووظيفة ، مثل نقص التوتر العضلي من نتوء اللسان ، والبلع غير الآمن . ويمكن تشخيص انطوائية تقييد إضطراب تناول الطعام في الأفراد مع مثل هذه العروض طالما تم استيفاء جميع معايير التشخيص .

اضطراب التعلق التفاعلي : ويمثل درجة معينة من الانسحاب ، وهو سمة من رد فعل اضطراب التعلق ويمكن أن يؤدي إلى اضطراب في علاقة الرعاية المقدمة للطفل ، والتي يمكن أن تؤثر على تغذية الطفل . وانطوائية تقييد إضطراب تناول الطعام ينبغي أن يتم تشخيصها بالتزامن فقط إذا تم استيفاء جميع معايير كل من اضطرابات التغذية ، مع التركيز الأساس على التدخل .

إضطراب طيف التوحد : الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد غالباً ما توجد لديهم سلوكيات الأكل الجامدة ، والحساسيات الحسية الحركية المتزايدة . ومع ذلك ، فإن هذه المميزات لا تؤدي دائما إلى انخفاض مستوى القيمة الغذائية ، والتي من شأنها أن تكون هناك حاجة لتشخيص الانطوائية لتقييد إضطراب تناول الطعام . ولذا فان انطوائية تقييد إضطراب تناول الطعام ينبغي أن يتم تشخيصها بالتزامن فقط إذا تم استيفاء جميع معايير كل اضطرابات الأكل ، وعندما يحدث الاضطراب ينبغى أن يتطلب ذلك علاج محدد، وذلك مثل : الرهاب المحدد ، واضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) ، واضطرابات القلق الأخرى ، ورهاب آخر محدد يرتبط "

بالحالات التي قد تؤدي إلى الاختناق أو القيء " ويمكن أن تمثل البداية الأولى للتعبير عن الخوف ، والقلق ، أو تجنب متطلبات تشخيص المرض وعلاجه .

ويمكن التمييز بين الرهاب المقترن بالانطوائية ، وتقييد إضطراب تناول الطعام الصعب ، والذى يحدث عندما يشعر المريض بالخوف من الاختناق أو القيء ، وبالتالى تجنب الطعام ، وعلى الرغم من تجنب أو تقييد الاستهلاك الغذائي الثانوي إلى الخوف مباشرة من الاختناق أو القيء .

أما التركيز الأساس للاهتمام السريري فيتم إجراؤه حين تدفع الانطوائية إلى إضطراب تناول الطعام التشخيصى المناسب . كما يجوز في اضطراب القلق الاجتماعى ، أن يخاف الفرد من تعرضه لملاحظة الآخرين أثناء تناوله للطعام ، والذي يمكن أن يحدث أيضاً تحديداً في فى حالة الانطوائية .

اضطراب قلة التغذية :

فقدان الشهية العصبي : يعمل فقدان الشهية العصبي على تقييد استهلاك الطاقة النسبية لمتطلباتة الضرورية ، وهو ما يؤدى - إلى حد كبير - إلى انخفاض وزن الجسم كسمة أساس من فقدان الشهية العصبي . ومع ذلك ، فإن الأفراد مع فقدان الشهية العصبي أيضاً عُرضة للخوف من زيادة الوزن أو من تراكم الدهون ، أو استمرار السلوك الغذائى المرتبط بزيادة الوزن ، فضلا عن اضطرابات محددة فيما يتعلق بالإدراك والخبرة من صورة ووزن الجسم .

وينبغي ألا يقوم اثنين بتشخيص تلك الاضطرابات في وقت واحد . حيث أن التشخيص التفريقي بين الانطوائية / وبين تقييد تناول الطعام / واضطراب فقدان الشهية العصبي ، قد يكون أمراً صعباً ، وخاصة في مرحلة الطفولة المتأخرة ومرحلة المراهقة المبكرة ، لأن هذه الاضطرابات قد تشترك في عدد من الأعراض الشائعة (مثل تجنب الغذاء ، وانخفاض الوزن) . والتشخيص التفريقي كذلك من المحتمل أن يكون صعباً للأفراد مع فقدان الشهية العصبي ، والذين ينكرون أي خوف من السمنة أو البدانة ، ولكن على الرغم من ذلك الانخراط في استمرار السلوكيات التي تمنع زيادة الوزن ، أو الذين لا يعترفون بخطورة الحالة الصحية نتيجة انخفاض الوزن ، وهو ما يطلق عليه أحيانا " الرهاب - غير المرتبط بالدهون - لفقدان الشهية العصبي .

وينصح بالمراعاة الكاملة للأعراض ، وبطبيعة الحال ، التاريخ العائلي ، وربما التشخيص على أفضل وجه في سياق العلاقة السريرية مع مرور الوقت . وفي بعض الأفراد ، تقيد الانطوائية إضطراب تناول الطعام قد تسبق ظهور مرض فقدان الشهية العصبي .

اضطراب الوسواس القهري : الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري قد يتجنبوا أو يقيدوا السعرات فيما يتعلق بالانشغالات مع الطعام ، أو مع سلوك الأكل الشكلي (دون إشباع كامل) . ولا يجب تشخيص انطوائية تقييد اضطراب تناول الطعام في نفس الوقت / إلا إذا تم استيفاء جميع المعايير لكلا من اضطرابات الأكل ، أو الأعراض السريرية الخطرة - على الفرد - والتي تتطلب تدخلاً سريعاً ومحدداً .

الاضطراب الاكتئابي : في حالة الاضطراب الاكتئابي ، قد تتأثر الشهية مع تقييد الاستهلاك الغذائي بشكل ملحوظ ، وعادة ما يتم ذلك عند استهلاك الطاقة بشكل عام ، والذى كثيراً ما يرتبط مع فقدان الوزن . وعادة فإن فقدان الشهية والحد منه يهدأ مع البدء بحل المشاكل المزاجية Mood .

كذلك ينبغى ألا تشخص الانطوائية ، بمجرد ملاحظة اضطراب تقييد تناول الطعام في وقت واحد فقط ، إلا إذا تم استيفاء المعايير الكاملة لكل من اضطراب الأكل المحدد .

اضطرابات طيف الفصام : الأفراد المصابين بالفصام ، واضطراب الوهمية ، أو اضطرابات نفسية أخرى قد يعانوا من سلوكيات الأكل ، وتجنب تناول أطعمة محددة ، بسبب المعتقدات الوهمية ، أو غيرها من مظاهر الانطوائية أو تقييد الطعام .

وفي بعض الحالات ، قد تسهم المعتقدات الوهمية في التخوف من العواقب السلبية من تناول بعض الأطعمة . ويجب أن لا تستخدم الانطوائية المقيدة لاضطراب تناول الطعام / في وقت واحد فقط / مع غيرها من الاضطرابات ، إلا إذا تم استيفاء جميع معايير كل من اضطرابات الأكل ، والذى يتطلب علاج محدد .

الاضطراب الصنعي (المصنع) : ينبغي التمييز بين اضطراب تناول الطعام عن الاضطراب الصنعي أو الاضطراب الصنعي المفروض على آخر . ويلجأ له البعض من

أجل القيام بدور المريض ، وبعض الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الصنعي ، صنف لديهم هذا الاضطراب بتعمد تقييد الوجبات الغذائية ، عما هو قادر على استهلاكه فعلا ، أما عن مضاعفات مثل هذا السلوك ، فيتمثل فى الحاجة إلى التغذية المعوية أو المكملات الغذائية ، وعدم القدرة على تحمل المعدل الطبيعي للأطعمة ، أو عدم القدرة على المشاركة بشكل طبيعي في الحالات المناسبة للفئة العمرية التي ترتبط بالغذاء . وقد يكون العرض الدرامي للحالة لافت وجذاب ، فى حين تبدو الأعراض - الحقيقية - المرصودة غير متسقة .

أما الاضطراب الصنعي المفروض على آخر ، فتتفق أعراضه مع الانطوائية فى اضطراب تقييد تناول الطعام ، وربما حمل بعض الأعراض الجسدية مثل الفشل في زيادة الوزن . كما هو الحال مع أي تشخيص اضطراب صنعي مفروض على آخر ، ويتلقى الفرد (الآخر) الرعاية والتشخيص بدلا من الفرد المتضرر ، وينبغي بذل التشخيص فقط على أساس دقيق وشامل لتقييم الفرد المتضرر ، وتقديم الرعاية المناسبة له .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

لوحظ أن الاضطرابات المرضية مع الانطوائية ، واضطراب تقييد تناول الطعام ، هى الأكثر شيوعاً عنها من : اضطرابات القلق ، والوسواس القهري ، واضطرابات النمو العصبي (تحديدا اضطراب طيف التوحد ، اضطراب نقص الانتباه ، والإعاقة الفكرية [اضطراب النمو الفكري]) .

فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . تقييد استهلاك الطاقة ذات الصلة بالمتطلبات ، يؤدى إلى انخفاض ملحوظ على الجسم في سياق العمر والجنس ومسار التنمية ، والصحة البدنية . وبشكل ملحوظ يتم تعريف انخفاض الوزن بأنه (أقل من الحد الأدنى الطبيعي لنفس الفئة العمرية) لدى الأطفال والمراهقين ، وأقل من ذلك الحد الأدنى المتوقع .

B . الخوف الشديد من اكتساب الوزن أو أن يمتلئ الجسم بالدهون ، المستمرة التي تتداخل مع زيادة الوزن ، حتى وإن كان ذلك الوزن قليل بدرجة كبيرة .

C . اضطراب في الطريقة التي شهدت واحدة في وزن الجسم أو الشكل / المصاحب لتأثير لا داعي له من وزن الجسم أو الشكل على التقييم الذاتي ، أو عدم استمرار الاعتراف بخطورة وزن الجسم الحالي المنخفض .

ملاحظة الترميز : رمز ICD-9-CM لفقدان الشهية العصبي ، الذي تم تعيينه بغض النظر من النوع الفرعي . رمز ICD-10-CM يعتمد على النوع الفرعي (انظر أدناه) .

تحديد ما إذا كان :

(F50.01) تقييد النوع : ويتم من خلال الثلاثة أشهر الماضية ، والتي لا يشارك فيها الفرد في الحلقات المتكررة من الشراهة عند تناول الطعام أو سلوك تطهير المعدة (أي التقيؤ الذاتي أو إساءة تناول المسهلات ، أو مدرات البول ، أو الحقن الشرجية) . ويصف هذا النوع الفرعي العروض التي تم إنجاز فقدان الوزن أساس لها من خلال اتباع نظام غذائي ، والصوم ، أو الممارسة المفرطة للرياضة .

(F50.02) نوع الإفراط في الأكل : خلال الثلاثة أشهر الماضية ، وفيها قد يشارك الفرد في نوبات متكررة من الشراهة عند تناول الطعام أو سلوك تطهير المعدة (أي الناجم عن النفس القيء أو إساءة استخدام الملينات ، مدرات البول ، أو الحقن الشرجية) .

تحديد ما إذا كان :

الجزئية المؤجلة : بعد المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي وقد سبق عرضها . فإن معيار A لم يتحقق والخاص (بوزن الجسم المنخفض) لفترة طويلة .

إلا أن B تشير- رغم الوزن المنخفض - إلى (الخوف الشديد من اكتساب الوزن أو الدهون أو يصبح السلوك الذي يتداخل مع الوزن كسب) .

C (اضطرابات في الإدراك الذاتي من الوزن والشكل) .

تأجيل الحسم الكامل للتشخيص : إلا بعد استيفاء المعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي ، وعبر فترة طويلة من الزمن .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

هناك ثلاث سمات أساسية من فقدان الشهية العصبي : استمرار تقييد استهلاك الطاقة :

- الخوف الشديد من اكتساب الوزن أو أن يصبح سلوك جسدى مرتبط بالدهون .
- أو سلوك مستمر ويتداخل مع زيادة الوزن .
- أو اضطراب في الإدراك الذاتي للوزن أو الشكل .

ويحافظ الفرد على وزن الجسم إلى أقل من المستوى العادي ، أو الحد الأدنى للعمر والجنس ومسار التنمية ، والصحة البدنية (المعيار A) .

وفى كثير من الأحيان يلبي وزن الجسم الأفراد هذا المعيار بعد فقدان وزن كبير ، أما بين الأطفال والمراهقين ، فقد يكون بدلا من الفشل في تحقيق زيادة الوزن المتوقعة أو للحفاظ على مسار النمو الطبيعي (أي حين تستمر حركة النمو في الطول) بدلا من فقدان الوزن .

يتطلب المعيار A أن وزن الفرد يكون منخفضاً بشكل ملحوظ (أي أقل من الحد الأدنى أو العادي ، للأطفال والمراهقين) . ويتم تقييم الوزن وفقاً لمعايير الوزن العادي المختلف بين الأفراد : مثل مؤشر كتلة الجسم (BMI كما يحسب الوزن بالكيلوجرام ، الطول بالمتر) وهو مقياس مفيدا لتقييم وزن الجسم بالنسبة للطول .

ويصل مؤشر كتلة الجسم Body mass index [1] لدى الكبار ، إلى (١٨,٥ كجم) والذى يستخدم من قبل مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) ومن منظمة الصحة العالمية منظمة (WHO) ، وهو يمثل الحد الأدنى من وزن الجسم الطبيعي . وبالتالي ، فإن معظم البالغين الذين يعانون من لن يعتبر مؤشر كتلة الجسم

---

(١) مؤشر كتلة الجسم بالإنجليزية **(Body mass index)**: هو أفضل المقياس المتعارف عليه عالميا لتمييز الوزن الزائد عن السمنة أو البدانة عن النحافة عن الوزن المثالى، وهو يعبر عن العلاقة بين وزن الشخص وطوله. وهو حاصل على اعتراف المعهد القومي الأمريكي للصحة ومنظمة الصحة العالمية كأفضل معيار لقياس السمنة. و يحسب مؤشر كتلة الجسم بتقسيم الوزن بالكيلوجرام على مربع الطول بالمتر كما يلي: مؤشر كتلة الجسم = الوزن بالكيلوجرام/مربع الطول بالمتر .

أكبر من أو يساوي ١٨,٥ كجم لديهم انخفاض وزن الجسم بشكل ملحوظ . ومن ناحية أخرى ، فقد اعتبر مؤشر كتلة الجسم أقل من ١٧,٠ كجم من قبل منظمة الصحة العالمية يشير إلى ركاكة معتدلة أو شديدة ، وبالتالي ، الفرد مع مؤشر كتلة الجسم من المرجح أن الذى يعتبر أقل من ١٧,٠ كجم يعانى من انخفاض الوزن بدرجة كبيرة . أما الكبار مع مؤشر كتلة الجسم بين ١٧,٠ و١٨,٥ كجم ، أو حتى فوق ١٨,٥ كجم ، فيمكن النظر إلى انخفاض الوزن لديهم بدرجة كبيرة ، خاصة إذا كان التاريخ السريري أو المعلومات الفسيولوجية الأخرى تدعم هذا الحكم .

كما يُعد تحديد مئين مؤشر كتلة الجسم / بالنسبة للعمر ، أمراً مفيداً للأطفال والمراهقين (انظر ، على سبيل المثال ، مركز السيطرة على الأمراض ، مؤشر كتلة الجسم والنسبة المئوية للأطفال والمراهقين) .

وبالنسبة للبالغين ، فإنه ليس من الممكن توفير معايير محددة ، إلا إذا كان الطفل أو المراهق منخفض الوزن بشكل ملحوظ ، كما تحد الاختلافات في المسارات التنموية بين الشباب من فائدة المبادئ التوجيهية العددية البسيطة .

وباختصار ، ووفقاً لتحديد المعيار (A) ، ينبغي على الطبيب النظر في المبادئ التوجيهية العددية المتاحة ، عن الفرد ، وعن بناء الجسم ، والوزن والتاريخ ، وأي اضطرابات فسيولوجية أخرى .

أما الشباب الأفراد مع فقدان الشهية العصبي ، وكذلك بعض الكبار ، فقد لا يتعرفوا بالخوف من زيادة الوزن ، وذلك في غياب تفسير آخر لانخفاض ملحوظ فى الوزن ، ويصل الطبيب للتشخيص الدقيق من تاريخ الفرد ، ومن بيانات الرصد المادية والنتائج المختبرية ، وبالطبع الطولية ، ومما قد يدل على أنه يعود إلى الخوف من زيادة الوزن ، ويمكن استخدام السلوكيات المستمرة التي تحول دون ذلك ، والذى يفى بالمعيار (B) . ويتم تشويه التجربة وأهميتها من وزن الجسم والشكل في هؤلاء الأفراد (C) . كما يشعر بعض الأفراد بزيادة الوزن على الصعيد العالمي . ويدرك الآخرين أنهم - نحفاء - ولكن لا يزالون قلقين من أن بعض أجزاء الجسم ، وخاصة البطن والأرداف والفخذين ، هي لا زالت " بدينة للغاية " . أو قد توظف مجموعة متنوعة من التقنيات لتقييم حجم أجسامهم ، وأوزانهم ، بما في ذلك القياس المتكرر لأوزانهم بشكل

وسواسى نحو كل أجزاء الجسم ، واستمرار استخدام المرآة للتأكد من المجالات المدركة " للدهون " . كما أن احترام الذات للأفراد مع فقدان الشهية العصبي يعتمد بشكل كبير على تصوراتهم لشكل الجسم والوزن .

وغالباً ما ينظر إلى فقدان الوزن باعتباره إنجازاً للإعجاب وعلامة غير عادية ، في حين ينظر إلى زيادة الوزن كما لو أنه فشل غير مقبول من ضبط النفس .

ورغم أن بعض الأفراد يعانون من هذا الاضطراب قد يعترفوا بأنهم نحفاء ، وهم غالباً ما لا يعترفوا بالآثار الصحية الخطيرة ، وأنهم يعانون من سوء التغذية . وفي كثير من الأحيان ، يتم ذلك بهدف جذب انتباه أفراد الأسرة للفرد بعد علامة حدوث فقدان الوزن (أو الفشل في تحقيق مكاسب الوزن المتوقع) . ومن النادر بالنسبة للفرد - مع فقدان الشهية العصبي - أن يشكو من فقدان الوزن في حد ذاتها . وفي الواقع ، فإن الأفراد مع فقدان الشهية العصبي في كثير من الأحيان إما يفتقروا إلى نظرة ثاقبة أو إلى نفي المشكلة . ولذلك فمن المهم في كثير من الأحيان الحصول على معلومات من أعضاء الأسرة أو مصادر أخرى لتقييم تاريخ فقدان الوزن وغيرها من المميزات المرضية .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

يوصف - التجويع الذاتى - من فقدان الشهية العصبي ، والسلوكيات المرتبطة به بالتطهير أحيانا ، إلا أنه مع ذلك ، يمكن أن يؤدي في ظروف هامة ، أن تكون مهددة للحياة الطبية .

وتؤثر تلك الوسيلة الغذائية المرتبطة بهذا الاضطراب على معظم أجهزة الجسم الرئيسة ، ويمكن ان تنتج مجموعة متنوعة من الاضطرابات الفسيولوجية ، بما في ذلك انقطاع الطمث ، وتشوهات حيوية شائعة .

في حين أن معظم الاضطرابات الفسيولوجية ترتبط بسوء التغذية ، والتى على عكسها مع إعادة التأهيل التغذوي ، ، بما في ذلك فقدان كثافة المعادن في العظام . أما السلوكيات العكسية لهذا الاضطراب فتشمل التقيؤ الذاتي ، وإساءة استخدام المسهلات ، ومدرات البول ، والحقن الشرجية ،مما قد يسبب عدداً من الاضطرابات

التي تؤدي إلى نتائج مختبرية غير طبيعية ، إلا أن بعض الأفراد مع فقدان الشهية العصبي ، لم يظهروا أى من نتائج شذوذ مختبرية .

يتعرض الأفراد مع نقص الوزن للعديد من فقدان الشهية العصبي ، وعلامات الاكتئاب وأعراض مثل اعتلال الحالة والمخاطر المزاجية ، والانسحاب الاجتماعى ، والتهيج ، والأرق ، وتضاؤل الاهتمام بالجنس .

ولأن هذه المميزات لوحظت أيضاً في الأفراد (دون فقدان الشهية العصبي) والذين يعانون من سوء التغذية بشكل كبير .

أما العديد من مميزات الاكتئاب فقد تكون ثانوية بالنسبة للعوامل الفسيولوجية (شبه المجاعة) على الرغم من أنها - أيضاً - قد تكون شديدة بما فيه الكفاية لتبرير التشخيص الإضافية من الاضطراب الاكتئابي .

أما مميزات الوسواس القهري ، سواء كانت ذات الصلة / أو غير ذات صلة بالغذاء ، والتى غالباً ما تكون بارزة .

وينشغل معظم الأفراد مع فقدان الشهية العصبي مع الأفكار من المواد الغذائية : أو بجمع بعض وصفات الطعام أو كنزها . كما ترتبط تلك الملاحظات السلوكية مع أشكال أخرى من (شبه المجاعة) والتى تشير إلى أن تلك الهواجس والدوافع المتصلة بالغذاء يمكن أن تتفاقم ، وذلك لدى الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي ، والهواجس والدوافع التي لا ترتبط بالغذاء ، وشكل الجسم ، أو الوزن ، أما التشخيص الإضافي من الوسواس / والوسواس القهري (OCD) مع تلك الحالة فقد يكون له ما يبرره .

أما الميزات الأخرى فترتبط أحيانا مع فقدان الشهية العصبي ، وتشمل مخاوف بشأن الأكل في الأماكن العامة ، ومشاعر بعدم الفاعلية ، مع رغبة قوية للسيطرة على بيئة واحدة ، والتفكير غير المرن ، مع عفوية اجتماعية محدودة ، والمصحوب بتعبير عاطفي مقيد للغاية .

وذلك بالمقارنة مع الأفراد الذين يعانون من فقدان الشهية العصبي ، وتقييد نوع معين من الإفراط في الأكل ، يكون لديهم معدلات أعلى من الاندفاع / وأكثر عرضة لسوء التعامل مع الكحول والمخدرات الأخرى .

وهناك مجموعة فرعية من الأفراد مع فقدان الشهية العصبي تُظهر مستويات مفرطة من النشاط البدني . وغالباً ما يرتبط ذلك بزيادة في النشاط البدني ، والذى غالباً ما يسبق ظهور هذا الاضطراب ، وعلى مدى طويل من اضطراب زيادة النشاط فقد يحدث تسارع لفقدان الوزن .

وخلال فترة العلاج ، والإفراط فى الأكل فقد يكون تزداد أنشطة يصعب السيطرة عليها ، مما يهدد استعادة الوزن .

كما أن الأفراد مع فقدان الشهية العصبي قد يسيئون استخدام الأدوية ، وذلك عن طريق – مثلاً – التلاعب فى جرعة الدواء ، من أجل تحقيق فقدان الوزن أو تجنب زيادة الوزن . كما أن الأفراد المصابين بداء السكري ، قدد يقللوا جرعة الإنسولين لتقليل التمثيل الغذائي للكربوهيدرات .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار يستمر لمدة ١٢ شهرا من مرض فقدان الشهية العصبي بين الإناث الشباب / والذى يصل إلى ما يقرب من ٠,٤ ٪ . فى حين لا يعرف الكثير عن معدل الانتشار بين الذكور ، ولكن فقدان الشهية العصبي هو أقل شيوعاً بكثير في الذكور أكثر من الإناث ، وقد تعكس الحالة السريرية عموما تقريبا النسب بين الإناث إلى الذكور بنسبة ١٠ : ٠١ لصالح الإناث .

التنمية والدورة Development and Course :

يبدأ فقدان الشهية العصبي عادة في مرحلة المراهقة أو فى مرحلة الشباب : ونادرا ما تبدأ قبل سن البلوغ أو بعد سن ٤٠ ، ولكن غالباً ما توصف الحالات فى كل من (أوائل أو/ أواخر البداية) . وكثيراً ما يرتبط ظهور هذا الاضطراب مع أحداث الحياة المجهدة ، مثل مغادرة المنزل بصفة كلية .

كما أن مسار ونتائج فقدان الشهية العصبي يختلف اختلافا كثيراً : فالأفراد الأصغر سنا قد تظهر لديهم ملامح شاذة ، بما في ذلك إنكار "الخوف من الدهون " كما أن الأفراد من كبار السن أكثر عرضة لهذا الاضطراب مع مدة أطول من المرض ، وسريرياً قد تشمل المزيد من علامات وأعراض اضطراب طويل الأمد .

وينبغي أن لا يستبعد الأطباء تشخيص فقدان الشهية العصبي من التشخيص التفريقي فقط على أساس فئات الأفراد الأكبر سنا .

كما أن العديد من الأفراد لديهم فترة من سلوك الأكل ، قد يتم تغييرها وفقاً للمعايير الكاملة لهذا الاضطراب . والجدير بالاهتمام أن بعض الأفراد مع فقدان الشهية العصبي يشفون تماما بعد حلقة واحدة ، مع إظهار بعض الأنماط المتقلبة من زيادة الوزن ، والتي قد تليها انتكاسة ، والتي قد تستمر بصورة مزمنة على مدى سنوات عديدة .

وقد تكون هناك حاجة للدخول إلى المستشفى لاستعادة الوزن ومعالجة المضاعفات الطبية . معظم الأفراد مع فقدان الشهية العصبي تجربة تعافي وشفاء في غضون ٥ سنوات من ظهور الأعراض ، وذلك بين الأفراد الذين أدخلوا إلى المستشفيات ، وقد تكون معدلات الشفاء الإجمالية بصورة أقل . أما معدل الوفيات الخام (CMR) لفقدان الشهية العصبي فهو ما يقرب من ٥ ٪ في العقد الواحد . أما النتائج الأكثر شيوعاً فهو الموت الناتج من المضاعفات الطبية المرتبطة بالاضطراب نفسه أو من الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : الأفراد الذين يصابون باضطرابات القلق أو الوسواس في مرحلة الطفولة معرضون لخطر متزايد من تطوير مرض فقدان الشهية العصبي .

المخاطر البيئية : التقلب التاريخي والثقافي في معدل انتشار فقدان الشهية العصبي يدعم إرتباطه مع الثقافات والبيئات التي تقدر قيمتها ركاكة المهن والهوايات التي تشجع النحافة ، مثل النمذجة وألعاب قوى النخبة ، والذى يرتبط أيضاً مع زيادة خطر .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : هناك خطر متزايد من فقدان الشهية العصبي والشره المرضي العصبي بين الأقارب من الدرجة الأولى البيولوجية لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب . كما تم العثور على زيادة خطر اضطرابات القطبين ، والاكتئاب بين أقارب الدرجة الأولى مع فقدان الشهية العصبي ، لا سيما أقارب الأفراد مع نوع الإفراط في الأكل .

أما معدلات التوافق لفقدان الشهية العصبي في الزيجوت التوائم ، فهي أعلى بكثير من تلك التي للتوائم ثنائية الزيجوت . وهناك مجموعة من تشوهات المخ ، والتى وصفت بفقدان الشهية العصبي باستخدام تقنيات التصوير الوظيفي (وظيفية التصوير بالرنين المغناطيسي ، والتصوير المقطعي ، وانبعاث البوزيترون) . أما الدرجة التي تعكس نتائج التغيرات المرتبطة بسوء التغذية / مقابل شذوذ ابتدائي يرتبط بهذا الاضطراب ، فهو غير واضح .

قضايا ذات صلة تشخيص الثقافية Cuiture-Related Diagnostic issues :

يحدث فقدان الشهية العصبي عبر الثقافي والاجتماعي متنوع السكان ، وعلى الرغم مما تشير إليه الأدلة المتاحة للاختلاف بين الثقافات في حدوثه وعرضه . فإن فقدان الشهية العصبي فهو على الأرجح هو أكثر معدلات الانتشار في البلدان الصناعية ، ذات الدخل المرتفع ، كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية ، والعديد من الدول الأوروبية وأستراليا ونيوزيلندا ، واليابان ، ولكن حدوثه في معظم البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل غير مؤكد . في حين أن معدل الانتشار لفقدان الشهية العصبي يبدو منخفضاً نسبيا بين اللاتينيين والأميركيين ، والأفارقة ، والآسيويين في الولايات المتحدة ، وينبغي أن يكون الأطباء على علم بأن استخدام خدمة الصحة العقلية بين الأفراد مع اضطراب الأكل هو أقل من ذلك بكثير في هذه المجموعات العرقية .

المعدلات منخفضة قد تعكس تحيز التثبت : عرض مخاوف الوزن بين الأفراد مع الأكل والتغذية مع الاضطرابات التى قد تختلف اختلافا كثيراً حسب السياقات الثقافية . وذلك مع غياب الإعراب عن الخوف الشديد من زيادة الوزن ، والذى يشار إليه أحيانا باسم " رهاب الدهون " ويبدو أنها أكثر شيوعاً نسبيا في لدى السكان في آسيا ، أما العامل المنطقي لتقييد الغذائية فهو المرتبط عادة بشكوى العقوبات الأكثر ثقافيا مثل الانزعاج الهضمي . ففى داخل الولايات المتحدة (مثلاً) ، فإن الأعراض التى تتم دون لخوف شديد من زيادة الوزن فيجوز أن تكون أكثر شيوعاً نسبيا بين المجموعات اللاتينية .

التشخيص التفاضلي Diagnostic Maricers :

ويمكن ملاحظة شذوذ الفحوصات المختبرية التالية في فقدان الشهية العصبي؛ والذى قد يساعد على زيادة الثقة فى التشخيص ، وذلك مثل :

أمراض الدم : مثل نقص الكريات البيضاء الشائع ، مع فقدان جميع أنواع الخلايا ولكنه عادة ما يبدو واضحاً، ويمكن أن يحدث فقر الدم الخفيف ، فضلا عن قلة الصفيحات ، ونادرا ، قد يحدث مشاكل مع النزيف .

المصل الكيميائى : وقد ينعكس فى الجفاف عن طريق ارتفاع اليوريا في الدم وإرتفاع مستوى النيتروجين .

ارتفاع الكولسترول الشائع : قد تكون ترتفع مستويات إنزيم الكبد .

نقص مغنيسيوم الدم ، ونقص فوسفات الدم : كما لوحظ فرط أميلاز الدم أحيانا ، وقد يؤدي التقيؤ الذاتي لإقلاء الأيضية (بيكربونات المصل مرتفعة) ، ؛ ونقص كلوريد الدم ، ونقص بوتاسيوم الدم .

الغدد الصماء : مصل هرمون الغدة الدرقية (T4) وعادة ما تكون في نطاق مستويات منخفضة ؛

انخفاض ثلاثي يودوثيرونين وانخفاض مستويات (T3) ، بينما ترتفع مستويات (T3) العكسي .

أما الإناث فينشأ لديهم انخفاض في مستويات مصل هرمون الإستروجين ، في حين أن ينخفض لدى الذكور مستويات من مصل هرمون التستوستيرون .

الكهربية : ويتلازم مع بطء القلب ، والجيوب الأنفية الشائعة ، ونادرا ، ما يلاحظ عدم انتظام ضربات القلب . ويلاحظ إطالة كبيرة من الفاصل الزمني لدى بعض الأفراد .

كتلة العظام : انخفاض كثافة المعادن في العظام ، مع مجالات محددة من هشاشة أو ترقق العظام ، وغالباً ما ينظر إليه فى التشخيص ، مع ارتفاع خطر الإصابة بكسور بشكل كبير .

كهربية شاذة : والتى تعكس اعتلال الدماغ الأيضي ، والذى قد ينتج من نقص السوائل كبيرة .

خفض إنفاق الطاقة : غالباً ما يكون هناك خفض كبير في إنفاق الطاقة .

علامات وأعراض جسدية : العديد من العلامات والأعراض الجسدية من فقدان الشهية العصبي يمكن أن تعزى إلى المجاعة (الناتج عن فقدان الشهية العصبي) .

انقطاع الطمث : هو بشكل شائع ويبدو أن يكون مؤشراً على ضعف النواحي الفسيولوجية : وإذا ما تبين انقطاع الطمث ، فعادة ما يكون نتيجة لفقدان الوزن ، ولكن في أقلية من الأفراد قد يسبق حدوث فقدان الوزن .

ربما يتأخر الحيض في الإناث قبل البلوغ : بالإضافة إلى انقطاع الطمث ، قد تكون هناك شكاوى من الإمساك ، وآلام في البطن ، والتعصب البارد ، والخمول ، وفقد الطاقة الزائدة .

الاكتشاف الأبرز على الفحص البدني هو الهزال : وعادة ، ما يصاحبه هبوط كبير فى الضغط ، وانخفاض حرارة الجسم ، وبطء القلب . وقد يطور بعض الأفراد الوبري (وهو شعر ناعم يغطى الجسم) . وخصوصا خلال خفض الوزن ، أو بناء ، أو وقف ملين ، ومدر للبول .

ونادرا ما يظهر نمشات ، وعادة ما يكون على الأطراف ، وقد تشير إلى وجود استعداد للنزيف . وقد يظهر لدى بعض الأفراد أدلة اصفرار الجلد المرتبطة بفرط " كاروتين الدم " . كما يمكن أن ينظر إليها في الأفراد مع الشره المرضي العصبي ، والأفراد مع فقدان الشهية العصبي ، والذي يحفز الذات للقيء ، وتضخم الغدد اللعابية ، وبخاصة الغدد النكفية ، وكذلك الأسنان وتآكل المينا . وقد يعانى بعض الأفراد من ظهور ندوب على سطح اليد نتيجة الاتصال المتكرر بين الأسنان / مع حالة القيء .

مخاطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) Suicide Risk :

هو ارتفاع خطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) في فقدان الشهية العصبي ، مع معدلات الإبلاغ عن ١٢ لكل ١٠٠ ، ٠٠٠ سنويا . تقييم شامل من الأفراد مع فقدان الشهية العصبي وينبغي أن يشمل التقييم من التفكير ذات الصلة الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والسلوكيات ، فضلا عن عوامل الخطر الأخرى للانتحار ، بما في ذلك تاريخ من محاولة انتحار .

العواقب الوظيفية من فقدان الشهية العصبي : الأفراد مع فقدان الشهية العصبي قد يحمل مجموعة من القيود الوظيفية المرتبطة مع هذا الاضطراب . في حين لا تزال هناك بعض الأفراد الناشطين في العمل الاجتماعى والمهني ، وآخرون يرون إرجاعها إلى العزلة الاجتماعية الكبيرة ، أو إلى عدم الوفاء الأكاديمي أو نقص الإمكانات المهنية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الأسباب المحتملة الأخرى من وزن الجسم إما منخفضة إلى حد كبير ، أو فقدان وزن كبير وينبغي النظر في التشخيص التفريقي لمرض فقدان الشهية العصبي ، وخصوصا عندما تظهر ميزات عرض غير نمطي (على سبيل المثال ، بداية بعد عمر ٤٠ سنة) .

الظروف الطبية (على سبيل المثال ، أمراض الجهاز الهضمي ، وفرط نشاط الغدة الدرقية ، والأورام الخبيثة الغامضة ، ومتلازمة نقص المناعة المكتسب [الإيدز]) . وقد يحدث فقدان الوزن الخطير في الحالات الطبية ، ولكن مع الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات عادة لا يظهر لديهم اضطراب في الطريقة التي شهدت زيادة وزن الجسم أو الشكل / أو الخوف الشديد من زيادة الوزن ، والتى قد تستمر في السلوكيات التي تتعارض مع زيادة الوزن المناسب .

كما يرتبط فقدان الوزن الحاد مع حالة طبية ، ويمكن أحيانا أن يعقب ذلك بداية أو تكرار فقدان الشهية العصبي ، والذي يمكن أن يكون في البداية بصورة مرضية طبية . ونادرا ما يتطور فقدان الشهية العصبي بعد الجراحة لعلاج البدانة والسمنة .

إضطراب اكتئابي : في اضطراب الاكتئابي ، قد يحدث فقدان الوزن الشديد ، ولكن معظم الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي لم يكن لدهم أي رغبة في فقدان الوزن المفرط / أو الخوف الشديد من اكتساب الوزن .

الفصام : الأفراد المصابين بالفصام قد يحملوا سلوك الأكل الغريب/ وأحيانا مع تجربة فقدان الوزن الكبير ، ولكنها نادراً ما يظهرون الخوف من اكتساب الوزن ، أو مع اضطراب صورة الجسم اللازم لتشخيص فقدان الشهية العصبي .

الإضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات قد يواجهون انخفاض الوزن بسبب سوء تناول الغذاء ، ولكن عموما لا خوف من اكتساب الوزن وليس بصورة اضطراب الجسم المحدد .

أما الأفراد الذين يتعاطون المواد التي تقلل من الشهية (على سبيل المثال ، الكوكايين ، والمنشطات) والذين يؤيدون أيضاً الخوف من زيادة الوزن ، فيجب أن يتم تشخيصهم وتقيمهم بعناية لإمكانية تعرضهم لفقدان الشهية العصبي المرضي ، ونظرا إلى أن تعاطي المخدرات قد يمثل السلوك المستمر الذي قد يتداخل مع زيادة الوزن (B) .

اضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) والوسواس القهري ، واضطراب تشوه الجسم ، يقعوا جميعاً ضمن بعض المميزات من فقدان الشهية العصبي ، وتتداخل مع معايير الرهاب الاجتماعى ، كل من الوسواس القهري ، واضطراب تشوه الجسم .

وعلى وجه التحديد ، فقد يشعر الأفراد بالإهانة أو الحرج في الأكل في الأماكن العامة ، كما هو الحال في الرهاب الاجتماعى ؛ وقد يحمل ذلك الهواجس والدوافع المتصلة بالغذاء ، وكما في الوسواس القهري ، أو قد يكون مشغولا مع تصور عيب في المظهر الجسدي ، كما في اضطراب تشوه الجسم .

وإذا كان الفرد مع فقدان الشهية عصبي لديه مخاوف اجتماعية ، والتي تقتصر على تلك السلوكيات وحدها . ولا ينبغي تشخيص الرهاب الاجتماعى / مع المخاوف الاجتماعية التي لا علاقة لها بسلوك الأكل (على سبيل المثال ، الخوف المفرط من التحدث في الأماكن العامة) والذى قد يبرر التشخيص الإضافي للرهاب الاجتماعى .

وبالمثل ، لا ينبغي النظر في تشخيص الوسواس القهري / إلا إذا كانت الهواجس المعارضة الفردية والدوافع لا علاقة لها بالغذاء (مثل الخوف المفرط من التلوث) ، وينبغي كذلك ألا ينظر في تشخيص اضطراب تشوه الجسم إذا كان التشويه لا علاقة له بشكل وحجم الجسم (على سبيل المثال ، انشغال المرء بالأنف الكبيرة جدا) .

الشره المرضي العصبي : الأفراد مع نوبات الشره المرضي العصبي المعرض لتكرار نهم الأكل ، والانخراط في سلوك غير لائق لتجنب زيادة الوزن (مثل التقيؤ الذاتي) ، والشعور بالقلق بشكل مفرط مع شكل ووزن الجسم . ومع ذلك ، وعلى عكس

الأفراد مع فقدان الشهية العصبي ، فإن نوع الأفراط فى الأكل لدى الأفراد مع الشره المرضي العصبي / يحافظون على وزن الجسم عند أو فوق المستوى العادي، أو عند الحد الأدنى .

الانطوائية تقيد إضطراب تناول الطعام : الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يعانوا من فقدان وزن كبير ، أو نقص فى التغذية كبير ، إلا أنهم لا يوجد لديهم خوف من اكتساب الوزن أو من اكتساب الدهون ، كما أنهم لا يوجد لديهم اضطراب في الطريقة التي يواجهوا بها شكل الجسم والوزن .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

عادة ما تتزامن اضطرابات القطبين ، والاكتئاب ، والقلق مع فقدان الشهية العصبي : وذلك لدى العديد من الأفراد مع فقدان الشهية العصبي ، دون وجود أي اضطراب لأعراض القلق قبل بداية اضطراب الاكل . ويوصف الوسواس القهري لدى بعض الأفراد مع فقدان الشهية العصبي ، وخاصة أولئك الذين لديهم نوع من تقييد الطعام . كما يؤثر اضطراب تعاطي الكحول ، والاضطرابات المرضية ، واضطراب تعاطي المخدرات الأخرى مع فقدان الشهية العصبي ، وخاصة بين أولئك الذين لديهم نوع من الإفراط في الأكل .

الشره المرضي العصبي .Bulimia Nervosa :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F50.2) :

A . الحلقات المتكررة من الشراهة عند تناول الطعام . حيث تتميز حلقة الشراهة عند تناول الطعام عن طريق كل مما يلي : -

١. الأكل ، في فترات منفصلة من الوقت (على سبيل المثال ، أي كل ساعتين) ، مبلغ الطعام الذي هو بالتأكيد أكبر من معظم الأفراد ، وهو من من شأنه تناول الطعام في فترة مماثلة من الوقت في ظل ظروف مماثلة .

٢. شعور بعدم السيطرة على الأكل خلال الحلقة (على سبيل المثال ، شعور بأنه لا يمكن التوقف عن الأكل أو السيطرة على ما أو كم ما يأكل) .

B . السلوكيات التعويضية المتكررة غير المناسبة من أجل منع زيادة الوزن ، مثل : التقيؤ الذاتي؛ إساءة استخدام الملينات ، مدرات البول ، أو الأدوية الأخرى؛ الصوم ؛ أو الممارسة المفرطة للرياضة .

C. السلوكيات التعويضية غير المناسبة مثل : الشراهة عند تناول الطعام ، والتي تحدث ، في المتوسط ، مرة واحدة على الأقل في الأسبوع لمدة ٣ أشهر .

D . التقييم الذاتي على نحو غير ملائم من قبل شكل الجسم والوزن .

E . لا يحدث الاضطراب حصراً أثناء نوبات فقدان الشهية العصبي .

تحديد ما إذا كان :

ملحوظة : المعايير الكاملة للشره المرضي العصبي والتقيؤ ، وغيرها من المعايير ، لا بد وأن يكون قد تم الوفاء بها لفترة طويلة من الزمن .

تحديد شدة الحالة : يستند الحد الأدنى من شدة الحالة على وتيرة تعويضية من السلوكيات غير اللائقة (انظر أدناه) . ويمكن زيادة مستوى شدة الحالة ، لتعكس أعراض أخرى ، ودرجة من الإعاقة الوظيفية .

- منخفض : في المتوسط ١-٣ حلقات من السلوكيات التعويضية غير اللائقة في الأسبوع .
- متوسطة : فى المتوسط ٤-٧ حلقات من السلوكيات التعويضية غير الملائقة في الأسبوع .
- شديد : في المتوسط ٨-١٣ حلقة من السلوكيات التعويضية غير الملائقة في الأسبوع .
- مُدقع : في المتوسط ١٤ حلقة أو أكثر من السلوكيات التعويضية غير الملائقة في الأسبوع .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

هناك ثلاث سمات أساس من الشره المرضي العصبي ، تمثل نوبات متكررة من الشراهة عند تناول الطعام :

(A) . السلوكيات التعويضية غير الملائمة المتكررة لمنع زيادة الوزن .

(B) . التقييم الذاتي الذي يتأثر على نحو غير ملائم من قبل شكل الجسم والوزن .

(D) . عند طلب التأهل لتشخيص أعراض الشراهة عند تناول الطعام ، والسلوكيات التعويضية غير اللائقة يجب أن يحدث ، في المتوسط ، مرة واحدة في الأسبوع على الأقل لمدة ٣ أشهر .

(C) . يتم تعريف "حلقة الشراهة عند تناول الطعام" ، كما في الأكل ، في فترة منفصلة من الزمن ، ومن حيث كمية الطعام التي هي بالتأكيد تكون أكبر من معظم الأفراد فى تناول الطعام ، وذلك في فترة مماثلة من الوقت ، وفي ظل ظروف مماثلة . أما السياق الذي يحدث نتيجة للشراهة فى الأكل قد تؤثر فى تقدير الطبيب إذا كان يتم تناول الطعام بشكل مفرط .

ويلاحظ أنه يمكن اعتبار كمية من المواد الغذائية مفرطة مع وجبة نموذجية عادية خلال احتفال أو وجبة العيد .

وتشير " فترة منفصلة من الوقت" لفترة محدودة ، وهى عادة أقل من ساعتين ، إلى حلقة واحدة من الشراهة عند تناول الطعام ، والذى ليس من الضروري أن يقتصر على وضع واحد فقط . على سبيل المثال ، قد تبدأ حفلة في مطعم ، ثم يتم تفضيل الاستمرار في تناول الطعام على العودة إلى ديارهم . أو تفضيل تناول وجبات خفيفة مستمرة بكميات صغيرة من الطعام - طوال اليوم - هنا لا يعتبر ذلك شراهة عند تناول الطعام .

ويجب أن يرافق حدوث استهلاك الأغذية المفرطة من جانب الشعور (بعدم السيطرة) (A2) إلى اعتباره حلقة من الشراهة عند تناول الطعام . وهو مؤشر على فقدان السيطرة هو عدم القدرة على الامتناع عن الأكل أو التوقف عن الأكل بمجرد البدء فيه .

ويوصف بعض الأفراد بالفصامي أثناء ، أو بعد ، حلقات الأكل بنهم . أما الضعف في السيطرة المرتبطة بالشراهة عند تناول الطعام فقد لا تكون مطلقة ، على سبيل المثال ، قد تستمر الزوجة فى الشراهة عند تناول الطعام ، حتى مع رنين الهاتف ، ولكنها سوف تتوقف إذا دخل الزوج الغرفة بشكل غير متوقع . وفى تقرير بعض الأفراد الذين لم تعافوا من نوبات الإفراط في الأكل ، وذلك قبل الشعور الحاد بفقدان السيطرة على النفس ، وذلك بدلا من نمط أكثر تعميماً من الأكل غير المنضبط .

وإذا كان تقرير الأفراد بأنفسهم أنهم قد تخلوا عن جهودهم للسيطرة على الأكل ، كما ينبغي النظر في فقدان السيطرة على الوقت الحاضر . ويمكن أيضاً أن يتم تخطيط حدود الشراهة عند تناول الطعام في بعض الحالات .

يختلف نوع المواد الغذائية المستهلكة خلال الانغماس (الشراهة) سواء بين الأفراد . ويبدو أن الشراهة عند تناول الطعام تتسم أكثر من خلال كمية الطعام المستهلكة من قبل الرغبة في مجرد تناول مواد غذائية محددة . ومع ذلك ، وخلال مرحلة الانغماس ، فإن الأفراد يميلون إلى تناول الأطعمة التي سوف تجنبهم خلاف ذلك . وعادة ما يكون الأفراد - مع الشره المرضي العصبي - يخجلون من مشاكل أكلهم ، ويحاولون إخفاء أعراضهم .

وعادة ما تحدث الشراهة عند تناول الطعام في سرية أو بطريقة غير واضحة ما أمكن . والشراهة عند تناول الطعام في كثير من الأحيان ، وقد تستمر مع الفرد وهو غير مرتاح ، أو حتى بشكل مؤلم ، ويعد التأثير السلبي ، هو الأكثر شيوعاً من الشراهة عند تناول الطعام .

تشمل المهيجات الأخرى كل من : الضغوطات الشخصية ؛ ضبط النفس الغذائية ؛ والمشاعر السلبية المرتبطة بوزن الجسم ، وشكل الجسم ، والغذاء ، والضجر . والشراهة عند تناول الطعام ، وقد يتم تقليل أو تخفيف العوامل التي عجلت بظهور الحلقة على المدى القصير .

وفي كثير من الأحيان قد تتأخر العوامل السلبية ، والتقييم الذاتي ، أما آخر سمة أساس من الشره المرضي العصبي فهي الاستخدام التعويضي المتكرر غير اللائق لسلوكيات لمنع زيادة الوزن ، ويشار إليها مجتمعة بسلوكيات التطهير (B) .

ويوظف العديد من الأفراد – مع الشره المرضي العصبي – عدة طرق للتعويض عن الشراهة عند تناول الطعام . أما القيء فهو الأكثر شيوعاً للسلوك التعويضي غير اللائق . وتشمل الآثار المباشرة للتخفيف من القيء ، وعدم الراحة الجسدية والحد من الخوف من زيادة الوزن . وفي بعض الحالات ، يصبح القيء هدفاً في حد ذاته ، بما يدفع إرادة الفرد إلى تناول الطعام بنهم من أجل القيء أو التقيؤ بعد تناول الطعام ، أو حتى كمية صغيرة من الطعام .

وقد يستخدم الأفراد مع الشره المرضي العصبي مجموعة متنوعة من الأساليب للحث على التقيؤ ، بما في ذلك استخدام الأصابع أو أدوات التحفيز المنعكس . وقد يصبح الأفراد – عموما – ماهرين في تحريض التقيؤ ويكونوا في نهاية المطاف قادرين على القيء بإرادتهم .

ونادرا ما يستهلك الأفراد شراب عرق الذهب[1] للحث على التقيؤ ، كما تشمل سلوكيات التطهير الأخرى سوء استخدام المسهلات ومدرات البول . وهناك عدد من الأساليب التعويضية الأخرى قد تستخدم أيضا في حالات نادرة . وقد يُسيئ الأفراد مع الشره المرضي العصبي استخدام الحقن الشرجية فى الحلقات التالية من الشراهة عند تناول الطعام ، ولكن هذا نادراً ما يكون الأسلوب التعويضي الوحيد المستخدم . وقد يستغرق الأفراد مع هذا الاضطراب هرمون الغدة الدرقية في محاولة لتجنب زيادة الوزن .

أما الأفراد مع داء السكري / والشره المرضي العصبي فقد يقللوا من جرعات الأنسولين في أجل الحد من عملية التمثيل الغذائي من المواد الغذائية المستهلكة أثناء الانغماس فى الأكل . كما أن الأفراد مع الشره المرضي العصبي السريع ليوم واحد أو أكثر ، قد يقوموا بممارسة الرياضة بشكل مفرط في محاولة لمنع زيادة الوزن . ويمكن ممارسة الرياضة المفرطة عندما تتداخل بشكل كبير مع الأنشطة الهامة ، وعندما يحدث في أوقات غير مناسبة أو غير مناسبة من الإعدادات ، أو عندما يستمر الفرد في ممارستها على الرغم من تعرضه للإصابة أو لمضاعفات طبية أخرى .

وقد يركز الأفراد مع الشره المرضي العصبي المفرط / على شكل الجسم أو الوزن في التقييم الذاتي ، وهذه العوامل هي عادة في غاية الأهمية في تحديد احترام الذات (D) .

أما الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب الذى قد يُشبه اضطراب فقدان الشهية العصبي في خوفهم من زيادة الوزن ، وفي رغبتهم لإنقاص الوزن ، وفي مستوى عدم الرضا عن أجسادهم ، ولا يمكن تشخيص الشره المرضي العصبي / عند حدوث اضطراب من خلال حلقة واحدة فقط من مرض فقدان الشهية العصبي .

---

(١) شراب عرق الذهب : عند ملامسة مستحضرات النبات للسان وخاصة قمته وحوافه، فإنها تسبب تخريشا شديدا واحمرارا فيها محرضة شعورا بالغثيان والقيء، مع أو بدون حمى، كذلك تخريشا وازدياد إفراز الأغشية المخاطية للمعدة والأمعاء والشجرة القصبية والحويصلات الرئوية، وكذلك للجهاز العصبي، محدثة إسهالا وأعراضا شبيهة "بالدوزنتاريا " هذا بالجرعات الضئيلة جدا.

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

عادة ما يكون الأفراد مع الشره المرضي العصبي ، ضمن الوزن الطبيعي أو زيادة مجموعة الوزن (مؤشر كتلة الجسم [BMI] > 18.5 و< ٣٠ في البالغين) . ولكن من غير شائع أن يحدث هذا الاضطراب بين البدناء . بين الانغماس في الأكل ، أو للأفراد مع الشره المرضي العصبي ، الذين يقيدوا - عادة - إجمالي استهلاك السعرات الحرارية ، ويفضلون تحديد سعرات حرارية منخفضة "النظام الغذائي" مع تجنب الأطعمة التي يرون أنها قد تزيد من أوزانهم ، أو التى يحتمل أن يأكلوها بنهم .

وغالباً ما يؤدى عدم انتظام الطمث أو انقطاع الطمث بين الإناث ، إلى حدوث أعراض مع الشره المرضي العصبي ؛ ومن غير المؤكد ما إذا كانت ترتبط هذه الاضطرابات بتقلبات الوزن ، وأوجه التغذية ، أو الاضطراب العاطفي . كما قد تشكل الاضطرابات الناتجة عن سلوك التطهير " السوائل الكارهة " في بعض الأحيان ، قد تكون شديدة بما فيه الكفاية لتشكل مشاكل طبية خطيرة . وتشمل تلك المضاعفات النادرة - ولكنها قاتلة - دموع المريء ، تمزق في المعدة ، وعدم انتظام ضربات القلب ، والاعتلالات العضلية القلبية والهيكلية الخطيرة ، وقد تم الإبلاغ بين الأفراد مع - الاستخدام المتكرر لشراب عرق الذهب- للحث على التقيؤ .

أما الأفراد الذين يسيئون استخدام المسهلات بشكل مزمن فقد يصبحوا غير معتمدين على استخدامها لتحفيز حركة الأمعاء ، والتى قد ترتبط عادة مع أعراض اضطراب الجهاز الهضمي ، كما تم كذلك الإبلاغ عن الشره المرضي العصبي ، وهبوط المستقيم بين الأفراد مع هذا الاضطراب .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار (اثني عشر شهرا) من الشره المرضي العصبي بين الإناث ، وبين الشباب يصل إلى (١ -١,٥ ٪ .) ويصل معدل الانتشار الأعلى بين الشباب لقمة الاضطراب في سن المراهقة وبداية مرحلة الشباب . ولا يعرف الكثير عن معدل الانتشار الأعلى لنقطة الشره المرضي العصبي في الذكور ، ولكن الشره المرضي العصبي هو الأقل شيوعاً بكثير في الذكور مما هو عليه لدى الإناث ، مع ما يقرب من(١٠ : ٠١) فى نسبة الإناث إلى الذكور ، وذلك لصالح الإناث .

التنمية والدورة Development and Course :

يبدأ الشره المرضي العصبي عادة في مرحلة المراهقة أو مرحلة الشباب . وقد يبدأ قبل سن البلوغ ، ومن غير الشائع أن يبدأ بعد سن الأربعين ، وكثيراً ما يبدأ بالشراهة عند تناول الطعام أثناء أو بعد حلقة من اتباع النظام غذائي لانقاص الوزن . كما قد يعجل من بداية الشره المرضي العصبي المعاناه من العديد من الأحداث المجهدة في الحياة . وقد يستمر الإحساس بالانزعاج جراء سلوك الأكل لعدة سنوات ، وذلك على الأقل في نسبة عالية من عينات العيادة . وقد يسير بشكل مزمن أو متقطع ، مع فترات تعاف وشفاء بالتناوب مع تكرار الشراهة عند تناول الطعام . ومع ذلك ، وعلى المدى الطويل ، يمكن أن تظهر أعراض عديدة لدى الأفراد الذين يقللونه بالعلاج / أو من دون علاج ، وذلك على الرغم من وضوح الآثار الناتجة عن العلاج . والتى قد ترتبط بفترات أطول من تعافى وشفاء (لمدة سنة واحدة) مع نتائج أفضل على المدى الطويل .

وقد تم الإبلاغ عن المخاطر المرتفعة - بشكل ملحوظ - عن معدل الوفيات مثل (إزهاق النفس المحرم شرعاً)) لدى الأفراد مع اضطراب الشره المرضي العصبي . والذى يصل إلى ما يقرب من (٢ ٪) في العقد الواحد .

ويتم التشخيص عبر أكثر من اضطراب : فى الشره المرضي العصبي الأولي / واضطراب فقدان الشهية العصبي ، والذى يحدث في أقلية من الحالات (١٠ -١٥ ٪) . من الأفراد الذين لا خبرة لهم ، من الخوف من التحول من فقدان الشهية العصبي / إلى العودة إلى الشره المرضي العصبي ،وهو ما يحدث لدى مجموعة فرعية من الأفراد ، إلى مواصلة تناول الطعام بنهم مع الشره المرضي العصبي ،ولكن دون الانخراط في سلوكيات تعويضية غير مناسبة ، وبالتالي تلبية معايير أعراض اضطراب الأكل بنهم أو غيرها من اضطرابات الأكل المحدد .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

ينبغي أن يستمر (لمدة الشهور الثلاثة الماضية) حتى تُشخص بصورة سريرية .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : مخاوف الوزن ، وانخفاض احترام الذات ، وأعراض الاكتئاب والقلق الاجتماعى ، واضطراب مفرط من القلق فى مرحلة الطفولة ، ترتبط مع زيادة خطر تطوير الشره المرضي العصبي .

المخاطر البيئية : تم العثور على استيعاب مثالي رقيق الجسم (نحافة) لزيادة خطر مخاوف الوزن ، والتي بدورها فى المقابل زيادة في خطر تطوير الشره المرضي العصبي . خاصة لدى الأفراد الذين عانوا من الاعتداء الجسدي في الطفولة وزيادة خطر تطوير الشره المرضي العصبي .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : وتتمثل فى البدانة في مرحلة الطفولة المبكرة ، وخطر الشره المرضي العصبي على البدانة . وقد ينتقل الشره المرضي العصبي عن طريق العائلة (وراثياً) والذى تزداد معه معدلات الضعف الوراثي للاضطراب . ويتوقع نتائج أسوأ مع شدة الاعتلال النفسى المشترك ، وذلك على المدى الطويل للشره المرضي العصبي .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافيCulture-Related Diagnostic issues:

وقد تم الإبلاغ عن حدوث الشره المرضي العصبي ، مع أعراض مشابهة تقريبا في معظم البلدان الصناعية ، بما في ذلك الولايات المتحدة وكندا والعديد من الدول الأوروبية ، أستراليا واليابان ونيوزيلندا وجنوب أفريقيا ، وغيرها .

وتؤكد الدراسات السريرية الذين يعانون من اضطراب الشره المرضي العصبي في الولايات المتحدة ، هم من البيض في المقام الأول . ومع ذلك ، قد يحدث هذا الاضطراب أيضاً في المجموعات العرقية الأخرى ومع معدل انتشار مماثل لمعدلات الانتشار لوحظت في عينات البيض .

قضايا التشخيص المتعلقة بنوع الجنس

Gender-Related Diagnostic issues :

الشره المرضي العصبي هو أكثر شيوعاً في الإناث منها لدى الذكور . ويمثل الذكور تمثيلا ناقصا خاصة في العينات المقبلة على العلاج ، وذلك لأسباب لم يتم حتى الآن فحصها بشكل منهجي .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

لا يوجد اختبار تشخيصي محدد للشره المرضي العصبي حاليا : ومع ذلك ، فإن العديد من السلوكيات قد تحدث تشوهات نتيجة لعملية تطهير المعدة (استفراغ الطعام والسوائل عقب بلعه) . وتشمل هذه السوائل شذوذ المكاره ، مثل نقص بوتاسيوم الدم (الذى يمكن أن يثير عدم انتظام ضربات القلب) ، ونقص كلوريد الدم ، ونقص

صوديوم الدم ، وفقدان حمض المعدة عن طريق التقيؤ ، والذى قد ينتج قلاء الأيضية (ارتفاع البيكربونات) ، والحث المتكرر للإسهال ، أو الجفاف من خلال ملينات ومدرات البول ، والذى يمكن أن يسبب حمض استقلابي . وقد يعانى بعض الأفراد مع الشره المرضي العصبي المرتفع بشكل معتدل ، وربما يعكس زيادة في ليزوزيم [1] اللعابية.

الفحص البدني عادة لا يعطي أية نتائج مادية : ومع ذلك ، فإن فحص الفم قد يكشف عن أعراض كبيرة ودائمة من مينا الأسنان ، وخاصة فى أسطح الأسنان الأمامية بسبب التقيؤ المتكرر . وقد تصبح هذه الأسنان متكسرة وتظهر بصورة خشنة ، وقد يكون هناك أيضاً زيادة فى وتيرة تسوس الأسنان .

وفي بعض الأفراد ، وخاصة فى الغدد اللعابية ، وبخاصة الغدد النكفية ، قد تصبح موسعة . وتحث الأفراد على التقيؤ من خلال التحفيز اليدوي المنعكس ، تلك الهفوة قد تطور ظهور نسيج أو ندوب على السطح الظهري من ناحية من تكرار الاتصال مع الأسنان . وقد تم الإبلاغ عن الاعتلالات العضلية القلبية والهيكل العظمي الخطير بين الأفراد ون ذوى الاستخدام المتكرر لشراب عرق الذهب الذى يُسهم فى الحث على التقيؤ .

أخطار الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) Suicide Risic :

ارتفاع خطر الانتحار (ازهاق النفس المحرم شرعاً) في الشره المرضي العصبي ، قد يتم تقييمه بصورة شاملة للأفراد الذين يشملهم هذا الاضطراب ، بالتوازى مع تقييم التفكير المرتبط الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والسلوكيات المرتبطة به ، باعتبارها عوامل الخطر الأخرى ، بما في ذلك تاريخ من محاولات الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

العواقب الوظيفية من الشره المرضي العصبي :

الأفراد مع الشره المرضي العصبي قد يحملوا مجموعة من القيود الوظيفية المرتبطة مع هذا الاضطراب . وهناك أقلية من الأفراد يظهرون تقريرا بدور ضعف شديد ، فى مجال الحياة الاجتماعى ، والتى من الأكثر احتمالا أن تتأثر سلباً بالشره المرضي العصبي .

---

(١) (ليزوزيم (بالإنجليزية lysozyme) : رقمه الكيميائي (EC 3.2.1.17) وهو إنزيم يقوم بتسريع هدم جدار الخلايا الخاصة ببعض الجراثيم .

التشخيص التفاضلى Differentiai Diagnosis :

يعانى الأفراد مع اضطراب فقدان الشهية العصبي ، من سلوك الإفراط في الأكل ، والذى يحدث فقط أثناء نوبات من فقدان الشهية العصبي .

ونظرا لذلك فإن تشخيص ، نوع لإفراط في الأكل ، يجب أن يتم مع عدم إعطاء أى تشخيص إضافي من الشره المرضي العصبي . وبالنسبة للأفراد مع التشخيص الأولي ، لمرض فقدان الشهية العصبي الذي يتم بنهم ومصحوب بتطهير ، والذي لا يفي بالمعايير الكاملة لفقدان الشهية العصبي ، أو لنوع الإفراط في الأكل (على سبيل المثال ، عندما يكون الوزن أمرا طبيعياً) ، فإنه ينبغى عند تشخيص الشره المرضي العصبي ، أن لا يعطى ، إلا عندما يتم استيفاء جميع معايير الشره المرضي العصبي على الأقل لمدة (ثلاثة أشهر) .

إضطراب الأكل بنهم : بعض الأفراد الذين يتناولون الطعام بنهم ، ولكن لا ينخرطوا في غير المناسبات والسلوكيات العادية التعويضية . وفي هذه الحالات ، فإن تشخيص اضطراب الأكل بنهم ينبغي النظر فيها .

متلازمة ليفين كلين : في بعض الحالات الطبية أو العصبية الأخرى ، مثل متلازمة ليفين كلين ، قد يشعر الفرد بالانزعاج تجاه سلوك الأكل ، ولكن السمة النفسية لملامح الشره المرضي العصبي مثل شكل الجسم والوزن ، فهى غير موجودة .

اضطراب اكتئابي ، مع ميزات شاذة : الإفراط في تناول الطعام هو أمر شائع في الاضطراب الاكتئابي : مع ميزات شاذة ، ولكن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قد لا يشاركوا في سلوكيات تعويضية غير مناسبة ولا يعانوا من القلق المفرط مع شكل الجسم والوزن ، كسمة من الشره المرضي العصبي . وإذا كانت المعايير لكل تلك الاضطرابات هي التقيؤ ، فينبغي إجراء التشخيصات لكل منهم .

اضطراب الشخصية الحدية : يتم تضمين سلوك الأكل بنهم في السلوك المتهور المعيار ، والذي هو جزء من تعريف اضطراب الشخصية الحدية . وإذا كانت المعايير لاتستوفى كل أعراض اضطراب الشخصية والشره المرضي العصبي ، فينبغي كذلك إجراء التشخيصات لكل منهم .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الاعتلال المشترك مع الاضطرابات النفسية أمر شائع في الأشخاص الذين يعانون الشره المرضي العصبي ، ومعظم تلك الحالات تعاني من واحدة على الأقل من الاضطرابات العقلية الأخرى ، أو من العديد من الأمراض المصاحبة .

ولا يقتصر الاعتلال المشترك على أي مجموعة فرعية معينة بل يحدث عبر مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية . كما لوحظ وجود زيادة فى وتيرة أعراض الاكتئاب (على سبيل المثال ، انخفاض إحترام الذات) واضطرابات القطبين ، والاكتئاب (إضطرابات الاكتئاب بشكل خاص) وذلك في الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشره المرضي العصبي .

وفي كثير من الأفراد ، يبدأ اضطراب المزاج في نفس الوقت أو بعد تطوير الشره المرضي العصبي ، ، وغالباً ما تؤثر تلك الاضطرابات على مزاجهم إلى الشره المرضي العصبي . ومع ذلك ، فإن اضطراب المزاج قد يسبق بوضوح تطوير الشره المرضي العصبي ، وذلك لدى بعض الأفراد .

وقد تكون هناك أيضاً زيادة وتيرة أعراض القلق (على سبيل المثال ، والخوف من المواقف الاجتماعية) أو اضطرابات القلق . هذه الحالة ترتبط بالمخاطر المزاجية ، واضطرابات القلق .

أما معدل الانتشار ، فقد يستمر مدى الحياة مع استخدام المواد المخدرة ، ولا سيما تعاطي الكحول أو المنشطات ، وهو (لا يقل عن ٣٠ ٪) بين الأفراد الذين يعانون من الشره المرضي العصبي . وغالباً ما يبدأ استخدام المنشطات في محاولة للسيطرة على الشهية والوزن . (A) .

وهناك نسبة كبيرة من الأفراد الذين يعانون من الشره المرضي العصبي ، لديهم أيضاً ميزات شخصية ا تلبي معايير واحدة أو أكثر من اضطرابات الشخصية ، وخاصة اضطراب الشخصية الحدية في أغلب الأحيان .

اضطراب الإفراط في الأكل Binge-Eating Disorder ؛

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F50.8) :

A . الحلقات المتكررة من الشراهة عند تناول الطعام .

تتميز حلقة من الشراهة عند تناول الطعام قبل كل مما يلي : -

١. الأكل ، في فترة منفصلة من الوقت (على سبيل المثال ، في أي فترة ٢ ساعة) ، كمية الطعام التي هى بالتأكيد أكبر من معظم ما يتناوله الناس في فترة مماثلة من الوقت في ظل ظروف مماثلة .

٢. الشعور بعدم السيطرة على الأكل خلال الحلقة (على سبيل المثال ، شعور بأنه واحد لا يمكنه التوقف عن الأكل أو السيطرة على كم ما يأكله فرد واحد) .

وترتبط B . الحلقات أكل بنهم مع ثلاثة (أو أكثر) مما يلي : -

١. تناول الطعام بسرعة أكبر بكثير من المعتاد .

٢. تناول الطعام حتى الوصول إلى الشعور بأنه غير مريح بالكامل .

٣. تناول كميات كبيرة من الطعام عند الشعور بالجوع .

٤. تناول الطعام وحده بسبب الشعور بالحرج من تناول كم واحد من الطعام .

٥. الشعور بالاشمئزاز مع الذات ، والاكتئاب ، أو الإحساس بالذنب بعد ذلك .

C . استغاثة ملحوظة فيما يتعلق بالشراهة عند تناول الطعام الموجود .

D . الشراهة عند تناول الطعام ، في المتوسط ، على الأقل مرة في الأسبوع لمدة (ثلاثة أشهر) .

E . لا ترتبط الشراهة عند تناول الطعام مع الاستخدام التعويضى المتكرر ، غير اللائق سلوكياً ، كما هو الحال في الشره المرضي ، والذى لا يحدث حصراً أثناء السير فى الشره المرضي العصبي ، أو مرض فقدان الشهية العصبي .

تحديد ما إذا كان :

في تأجيل جزئي : بعد المعايير الكاملة لاضطراب الأكل بنهم ، والذى يحدث بشراهة عند تناول الطعام بمعدل تواتر (حلقة أقل من واحد) في الأسبوع لفترة من مستمرة من الزمن .

في تأجيل كامل : بعد المعايير الكاملة لاضطراب الأكل بنهم والواردة سابقا ، ولا تفى بالمعايير لفترة طويلة من الزمن .

تحديد شدة الحالي :

يستند الحد الأدنى من الشدة على تواتر نوبات الشراهة عند تناول الطعام (انظر أدناه) . ويمكن زيادة مستوى شدة الأعراض الأخرى لتعكس درجة من الإعاقة الوظيفية : -

- خفيف : ١-٣ من حلقات الأكل بنهم في الأسبوع .
- متوسط : ٤- ٧ من نوبات الأكل بنهم في الأسبوع .
- شديد : ٨-١٣ من حلقات الإفراط في الأكل في الأسبوع .
- المدقع : ١٤ أو أكثر من حلقات الأكل بنهم في الأسبوع .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

ميزة أساس من اضطراب الأكل بنهم هو حدوث نوبات متكررة من الشراهة عند تناول الطعام ، والذى يجب أن يحدث في المتوسط ، لمرة واحدة في الأسبوع على الأقل ولمدة ثلاثة أشهر (D) .

أما تعريف "حلقة الأكل بنهم " فهى إدراك الفرد - في فترة منفصلة من الوقت - بأن كمية المواد الغذائية التي يتناولها ، هي بالتأكيد أكبر مما يتناوله معظم الناس / وذلك في فترة مماثلة من الوقت ، وفي ظل ظروف مماثلة .

أما السياق الذي يحدثه الأكل ، فقد يؤثر على تقدير الطبيب ، حول ما إذا كانت كمية الأكل مفرطة/ أم لا وعلى سبيل المثال ، كمية المواد الغذائية التي قد تعتبر مفرطة لتناول وجبة نموذجية يمكن أن تعتبر طبيعية خلال احتفال أو وجبة العيد .

وخلال فترة "منفصلة من الوقت" قد يشار إليها على أنها فترة محدودة ، وعادة (أقل من ساعتين) . كما أن حلقة واحدة من الشراهة عند تناول الطعام ليس من الضروري أن تقتصر على وضع واحد . على سبيل المثال ، الفرد قد يبدأ حفلة في مطعم ، ومن ثم يفضل الاستمرار في تناول الطعام على العودة للمنزل . كما لا يعتبر

تناول وجبات خفيفة مستمرة وبكميات صغيرة من الطعام على مدار اليوم / لا تعتبر شراهة عند تناول الطعام .

ويجب أن يرافق ذلك حدوث استهلاك الأغذية المفرطة من جانب الشعور بعدم السيطرة على حلقة من الشراهة عند تناول الطعام . ويتضح مؤشر فقدان السيطرة بعدم القدرة على الامتناع عن الأكل أو التوقف عن الأكل بمجرد البدء . وبعض الأفراد يوصفوا بالفصامي أثناء ، أو بعد حلقات الأكل بنهم .

وقد يرتبط الضعف في السيطرة بالشراهة عند تناول الطعام ، والتي قد لا تكون مطلقة ، على سبيل المثال ، قد يستمر الفرد مع الشراهة فى تناول الطعام في حين أن الهاتف يرن ، ولكنه قد يتوقف عن الأكل إذا دخل الزوج الحجرة ، بشكل غير متوقع .

ولدى بعض بعض الأفراد تقارير بانخراطهم فى نوبات الأكل قبل الشعور الحاد من فقدان السيطرة ، ولكن بدلا من النمط المعمم من الأكل غير المنضبط . وإذا كانت تقارير الأفراد تثبت بأنهم يجدوا صعوبة فى التخلي عن جهود السيطرة على الأكل ، إلا أنه يمكن أن يتم التخطيط عند تناول الطعام بشراهة ، في بعض الحالات .

وتتسم الشراهة عند تناول طعام أكثر / بالخلل في كمية من المواد الغذائية المستهلكة ، وذلك من قبل الرغبة في تناول مواد غذائية محددة .

(C) وهناك ثلاثة من الظواهر على الأقل ، والتي ينبغي اتخاذها من المميزات التالية : الأكل بسرعة أكبر من المعتاد ؛ الأكل حتى الشعور بأنه غير مريح بالكامل ؛ أكل كميات كبيرة من الطعام عند الشعور بالجوع غير الجسدي ؛ الأكل وحده بسبب الشعور بالحرج من كم ما يأكله فى المرة الواحدة ، والشعور بالاشمئزاز مع الذات ، والاكتئاب ، أو الإحساس بالذنب بعد ذلك (المعيار B) .

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأكل بنهم ، عادة ما يخجلون من مشاكل أكلهم ، ومحاولة إخفاء أعراضهم . عند تناول الطعام بشراهة ، وعادة ما يحدث ذلك في سرية أو غير واضحة ما أمكن . أما المتن الأكثر شيوعاً من الشراهة عند تناول الطعام فهو الشعور بهذا التأثير السلبي .

وتشمل المهيجات الأخرى الضغوطات ؛ وضبط النفس الغذائية ؛ والمشاعر السلبية المرتبطة بوزن الجسم وشكل الجسم ، والغذاء ، والضجر . والشراهة عند تناول الطعام ، قد تخفف العوامل التي عجلت بتلك الحلقة على المدى القصير ، ولكن تظل أمور أخرى مثل سلبية التقييم الذاتي والانزعاج ، وهي عواقب قد تأتى متأخرة ، في كثير من الأحيان .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis ،

يحدث اضطراب الأكل بنهم في الأفراد/ مع زيادة الوزن الطبيعى والسمنة . ويرتبط هذا الاضطراب بزيادة الوزن والسمنة في الأفراد الذين يلتمسون العلاج . ومع ذلك ، فإن اضطراب الشراهة عند تناول الطعام يتضح من السمنة . وقد ينخرط معظم الأفراد الذين لا يعانون من السمنة المفرطة في سلوكيات الشراهة المتكررة عند تناول الطعام . بالإضافة إلى ذلك ، وفى مقابل ذلك تتم مقارنة البدناء المطابقين للوزن دون اضطراب فى الأكل بنهم ، وقد يستهلك أولئك الذين لديهم اضطراب المزيد من السعرات الحرارية في الدراسات المختبرية لسلوك الأكل ، بل قد يواجهون اضطراب وظيفي أكبر ، وانخفاض فى جودة الحياة ، والشدة الذاتية ، إضافة إلى زيادة الاعتلال النفسى المشترك .

معدل الانتشار Prevalence ،

معدل الانتشار (اثني عشر شهراً) من اضطراب الأكل بنهم بين الراشدين في الولايات المتحدة (العمر ١٨ سنة أو أكثر) أما النسبة بين الذكور / والإناث فتصل ما بين (١,٦ ٪ و٠,٨ ٪) على التوالي . نسبة الجنس هي أقل بكثير من الانحراف في اضطراب الشره المرضي العصبي مما هى عليه في اضطراب الأكل بنهم ، كما أن معدل الانتشار أكبربين الإناث من الأقليات العرقية كما تم الإبلاغ عن اضطراب الإناث البيض . كما تبين أن معدل انتشار الاضطراب أكثر بين الأفراد الذين يلتمسون العلاج لإنقاص الوزن ، مما هو عليه في عامة السكان .

التنمية والدورة Development and Course ،

لا يعرف إلا القليل عن تطور اضطراب الأكل بنهم : حيث تبين أن تناول الطعام وفقدان نطاق السيطرة على الأكل دون إفراط في استهلاك الطعام ، يحدث في الأطفال ويرتبط مع زيادة الدهون في الجسم ، وزيادة الوزن ، وزيادة في الأعراض النفسية .

أما الشراهة عند تناول الطعام فهو شائع في عينات المراهقين وممن في سن الجامعة ، كما يُعد فقدان نطاق السيطرة على الأكل والشراهة العرضية ، عند تناول الطعام قد تمثل مرحلة البداية من اضطرابات الأكل لدى بعض الأفراد .

ويجب اتباع نظام غذائي يتابع تطور الشراهة عند تناول الطعام في كثير من الأفراد ، مع هذا الاضطراب . (وهو على النقيض من الشره المرضي العصبي ، الذي يتسم بالحمية المختلة ، والتي عادة ما تسبق ظهور الشراهة عند تناول الطعام) .

ويبدأ اضطراب الشراهة عند تناول الطعام ، عادة في سن المراهقة أوفي مرحلة الشباب ، ولكن يمكن أن يبدأ في مرحلة البلوغ في وقت لاحق . ويسعى الأفراد مع هذا الاضطراب للعلاج ، والذين عادة ما يكونوا أكبر سنا من الأشخاص الذين يعانون من: إما الشره المرضي العصبي / أو مرض فقدان الشهية العصبي الذين يسعون لعلاجه .

معدلات الشفاء في كل من المسار الطبيعي والعلاج . أيدت نتيجة الدراسات النتيجة أن أعلى نسب اضطراب الشره المرضي العصبي / أو فقدان الشهية العصبي / واضطراب الأكل بنهم / قد تبدو ثابتة نسبيا ، وقد تتشابه من حيث الشدة والمدة ، وقد تتحول إلى اضطرابات أخرى غير شائعة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : يظهر اضطراب الأكل بنهم في الأسر - وراثياً - والتي قد تعكس التأثيرات الجينية المضافة .

تشخيص قضايا ذات الصلة الثقافية Culture-Reiated Diagnostic issues :

يحدث اضطراب الأكل بنهم مع ترددات مشابهة تقريبا في معظم البلدان الصناعية ، بما في ذلك الولايات المتحدة وكندا والعديد من الدول الأوروبية ، وأستراليا ، ونيوزيلندا . أما معدل الانتشار في الولايات المتحدة ، لاضطراب الأكل بنهم ، فيتضح عند المقارنة بين البيض غير اللاتينيين . وبين اللاتينيين / والآسيويين ، وبين الأميركيين الأفارقة .

عواقب اضطراب في الأكل بنهم : يرتبط اضطراب الأكل بنهم مع مجموعة من الآثار الفنية ، بما في ذلك الاجتماعية ، ومشاكل التكيف ، وضعف نوعية صلة الصحة

بالحياة ، والرضا عن الحياة ، وزيادة معدلات الاعتلال، والوفيات الطبية ، وما يرتبط بها من زيادة الاستفادة من الرعاية الصحية مقارنة مع مؤشر كتلة الجسم (BMI) . ويمكن أيضاً أن يترافق مع زيادة خطر زيادة الوزن وتطوير البدانة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطراب الشراهة عند تناول الطعام ، والشراهة المتكررة عند تناول الطعام ، من القواسم المشتركة مع الشره المرضي العصبي ، إلا أنه يختلف عن الاضطراب الأخير في بعض النواحي الأساس . وذلك من حيث السريرية ، والسلوك التعويضي المتكرر ، وغير المناسب (على سبيل المثال ، تطهير ، ممارسة قيئ مدفوع) وينظر في الشره المرضي العصبي بأنه اضطراب (غائبة في الأكل بنهم) . وعلى عكس الأفراد مع الشره المرضي العصبي ، فإن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الإفراط في الأكل عادة ما يكونوا معرضين بصورة ملحوظة لقيود غذائية مستمرة تهدف إلى التأثير على وزن الجسم وتشكيل حلقة الأكل بنهم . كما يختلف اضطراب الإفراط في الأكل أيضاً عن الشره المرضي العصبي من حيث نسب الاستجابة للعلاج .

كما أن معدلات التحسن أعلى باستمرار بين الأفراد مع اضطراب الإفراط في الأكل ، من بين تلك التى مع الشره المرضي العصبي .

السمنة : يرتبط اضطراب الأكل بنهم مع زيادة الوزن والبدانة ، مع العديد من السمات الرئيسة التي تختلف عن السمنة :

الأولى : ويتصل بمستويات المغالاة في الجسم الوزن والشكل ، وهي أعلى في الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة مع وجود اضطراب / أو من دون هذا الاضطراب .

الثانية : ويتصل بمعدلات الاعتلال النفسية المشتركة ، وهي أعلى بكثير بين البدناء المصابين بهذا الاضطراب مقارنة مع من بدون اضطراب .

الثالثة : وترتبط بنتيجة ناجحة على المدى الطويل من العلاجات النفسية المبنية على الأدلة ، والتى يمكن أن تتناقض مع الاضطراب فى غياب علاجات فعالة على المدى الطويل للسمنة .

إضطرابات الاكتئاب الثنائي القطب : وتشمل الزيادات في الشهية ، وزيادة الوزن ، والتى تترافق مع معايير نوبة الاكتئاب الكبرى ، مع محددات غير نمطية للاكتئاب واضطرابات القطبين ، إضافة إلى زيادة فى استهلاك الأكل في سياق الحلقة الاكتئابية ، والتى قد تكون أو لا تكون مرتبطة مع فقدان السيطرة .

وإذا كانت المعايير الكاملة لتلك الاضطرابات التى يتم الوفاء بها ، يمكن أن تُعطى كل من تشخيصات الشراهة عند تناول الطعام ، أو غيرها من أعراض إختلالات تناول الطعام ، والتى ينظر إليها بالتعاون مع الاضطراب ثنائي القطب . وإذا كانت المعايير الكاملة لكلا الاضطرابات هي التقيؤ ، فينبغي إيلاء كل من هذه التشخيصات .

اضطراب الشخصية الحدية : يتم تضمين الشراهة عند تناول الطعام في معيار السلوك المتهور الذى هو جزء من تعريف اضطراب الشخصية الحدية . وإذا كانت المعايير الكاملة تلتقى مع تلك الاضطرابات كذلك ، فينبغي إيلاء كل من التشخيصات المحددة لها .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يرتبط اضطراب الأكل بنهم مع الاعتلال النفسى الهام والمشترك ، والذى يمكن مقارنته بالشره المرضي العصبي وفقدان الشهية العصبي .

أما الاضطرابات المرضية الأكثر شيوعاً فهي اضطرابات القطبين ، واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القلق ، وإلى أقل درجة الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة ، كما يرتبط الاعتلال النفسي المشترك لشدة الشراهة عند تناول الطعام وليس لدرجة السمنة .

أما محددات التغذية الأخرى أو اضطراب الأكل (F50.8) فينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للتغذية ، واضطرابات الطعام التي تسبب الضيق الإكلينيكى الهام ، أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو فى المجالات الأخرى الهامة من الأداء ، والتى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات التغذية ، وفئات تشخيص اضطرابات الأكل .

أما العامل الآخر المحدد بالتغذية أو فئة الاضطراب فيستخدم في الحالات التي يختار الطبيب فيها الإبلاغ عن سبب محدد لعرض لا يلبي معايير اضطراب في الأكل ،

واضطراب التغذية المحدد . يتم ذلك من خلال تسجيل" نوعية التغذية الأخرى أو المحددة لاضطرابات الطعام " والمتبوعة بسبب محدد (على سبيل المثال ، "الشره المرضي العصبي ذو التردد المنخفض") .

أمثلة من العروض المحددة التي يمكن إستخدامها وتشمل ما يلي : -

١. **يتم استيفاء جميع معايير فقدان الشهية العصبي ، ما عدا : الشاذة منها مثل فقدان الشهية العصبي ،** وذلك على الرغم من حدوث فقدان وزن كبير ، إلا أن وزن الفرد يندرج معه / داخل أو / فوق النطاق العادي .

٢. **الشره المرضي العصبي (الناتج من التردد المنخفض / أو من مدة محدودة) :** وتلتقى معاييره ، مع الشره المرضي العصبي ، إلا أن الشراهة التعويضية عند تناول الطعام ،وغير اللائقة ، قد تحدث تلك السلوكيات فى أقل من مرة في الأسبوع / أو لأقل من ٣ أشهر في المتوسط .

٣. **اضطراب (ناتج من تردد منخفض / أو مدة محدودة) في تناول الطعام بنهم :** ويترافق مع معايير اضطراب الأكل بنهم ، والتى يتم الوفاء بها ، وتحدث الشراهة عند تناول الطعام فى هذه الحالة كذلك ، أقل من مرة في الأسبوع / أو لأقل من ٣ أشهر في المتوسط .

٤. **اضطراب التطهير :** تطهير السلوك المتكرر للتأثير على الوزن أو الشكل (على سبيل المثال ، التقيؤ : إساءة استخدام الملينات ، مدرات البول ، أو الأدوية الأخرى) وذلك في غياب الشراهة عند تناول الطعام .

٥. متلازمة الأكل الليلى : وهى نوبات متكررة من تناول الطعام ليلا ، وتتجلى من خلال تناول الطعام بعد الاستيقاظ من النوم ، أو الإفراط في استهلاك الطعام بعد تناول وجبة المساء .

هل هناك وعي وتذكر من تناول الطعام ليلا ؟ لم يتم شرح تناول الطعام ليلا بشكل أفضل من خلال التأثيرات الخارجية مثل التغيرات في دورة النوم ويقظة الفرد أو من خلال المعايير المحلية الاجتماعية في تناول الطعام ليلا ، والذى قد يسبب ضائقة كبيرة أو انخفاض في الأداء . لا يفسر هذا النمط بشكل أفضل من خلال اضطراب اختلال الأكل ، أو من خلال اضطراب الأكل بنهم ، أو اضطراب عقلي آخر ، بما في

ذلك استخدام المواد المخدرة ، والتى لا تُعزى إلى أخرى اضطراب طبي أو إلى تأثير دوائى . أو نظام التغذية غير المحددة ، أو من خلال اضطراب الأكل (F50.9) .

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للتغذية ، واضطرابات الطعام التي تسبب الضيق الإكلينيكى الهام ، أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو فى المجالات الأخرى الهامة من الأداء ، والتى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات التغذية ، أو من فئات تشخيص اضطرابات الأكل غير المحددة .

وقد يختار الطبيب عدم تحديد السبب ، والذي لا يستوفى المعايير المحددة لاضطرابات الطعام ، أو فئات اضطراب الأكل ، في الحالات التي قد لا تشمل أعراضاً ، أو معلومات غير كافية ، وذلك بهدف إتخاذ مزيد من التشخيصات المحددة .

إزالة الاضطرابات : والذى قد ينطوي على القضاء غير مناسب من البول أو البراز والذى عادة ما يتم تشخيصه الأولى في مرحلة الطفولة أو المراهقة . وتشمل هذه المجموعة من الاضطرابات سلس البول ، وإفراغ البول المتكرر في أماكن غير مناسبة ، وتكرار مرور البراز في أماكن غير مناسبة .

ويتم توفير أنواع فرعية للتمييز الليلي والنهاري (أي خلال ساعات الاستيقاظ) والذى يتصل بإفراغ سلس البول ، أو فى وجود / أو غياب الإمساك . وبالرغم من وجود الحد الأدنى من متطلبات تشخيص هذه الاضطرابات السلوكية ، والتى تستند على معايير النمو ، وليس فقط على العمر الزمني . وقد تتم تلك الاضطرابات بصورة غير طوعية . إلى أن هذه الاضطرابات قد تحدث عادة على حدة ، ويمكن أيضاً لوحظ حدوثها بصورة مشتركة .

اضطراب سلس البول Enuresis :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F98.0) :

A . الإفراغ المتكرر من البول في الفراش أو الملابس ، سواء كانت إرادية أو متعمدة .

B . سلوك إكلينيكى هام ، ويتجلى إما بتردد على الأقل مرتين في الأسبوع / لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متتالية ، أو وجود ضائقة إكلينيكية هامة ، أو انخفاض في العوامل الاجتماعية والأكاديمية (المهنية) ، أو فى مجالات هامة أخرى من السلوكيات .

C . العمر الزمني هو ٥ سنوات على الأقل (أو ما يعادل مستوى التنمية) .

D . لا ينسب السلوك إلى الآثار الفسيولوجية للمادة (على سبيل المثال ، مدر للبول ، أو دواء مضاد للذهان) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، مرض السكري ، وسنسنة الحبل الشوكي [1] والذى يشير إلى اضطراب الاستيلاء) .

تحديد ما إذا كان : -

ليلي فقط : ويرتبط بمرور البول أثناء النوم ليلا فقط .

نهاري فقط : ويرتبط بمرور البول خلال ساعات الاستيقاظ فقط .

ليلي/ ونهاري : ويرتبط بمزيج مع اثنين من الأنواع الفرعية أعلاه .

ويُشار إلى النوع الفرعي فقط من سلس البول ، أحيانا باسم سلس البول وحيد الأعراض ، وهو النوع الفرعي الأكثر شيوعاً ، والذى ينطوي على سلس البول أثناء النوم ليلا فقط ، وعادة خلال الثلث الأول من الليل . فى حين يحدث النوع الفرعي نهاراً فقط ، ولكن في غياب السلس البولى الليلي ، ويمكن أن يشار إليه اختصارا باسم سلس البول . ويمكن تقسيم الأفراد مع هذا النوع الفرعي إلى مجموعتين :

▪ الأفراد مع " سلس البول " لديهم أعراض حث الرغبة المفاجئة وعدم الاستقرار / في حين أن الأفراد الذين يعانون من " تأجيل الإفراغ " حث تأجيل التبول بوعي ، والتحكم فى السلس .

(١) (السِّنْسِنَة المشقوقة) "Split spine" وهو عبارة عن عيب تطور خَلقِي ناجم عن انغلاق غير كامل للأنبوب العصبي لدى الجنين .حيث تبقى بعض الفقرات غير ملتحمة ومفتوحة . انشقاق العمود الفقري هي خلل ولادي تطوري يشمل الأنبوب العصبي، حيث لا يغلق الأنبوب العصبي الجنيني كلياً، أي أن الحبل الشوكي لا يتشكل بشكل كامل. وبالإضافة إلى ذلك فإن عظام الفقرات التي تقع فوق الجزء المفتوح من الحبل الشوكي ، لا تتشكل وتبقى غير متحدة ومفتوحة. وهذا يسمح للجزء غير العادي من الحبل الشوكي للبروز من خلال الفتحة في العظام.

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

(A) يتم تكرار سمة أساس من سلس البول بإفراغ البول خلال النـهار أو في الليـل إلى (السرير أو الملابس) .

(B) في معظم الأحيان قد يتم الإفراغ بصورة غـير طوعيـة ، والـذى أحيانـا قـد كـان ما يكون متعمدا .

(C) التأهل لتشخيص سلس البول ، يجب أن يُحدث إفراغ من البول في الأقـل مـرتين في الأسبوع لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر متتالية / أو يجب أن يسبب ضيق إكلينيكى هام أو انخفاض في العوامل الاجتماعية والأكاديميـة (المهنيـة) ، أو مجـالات هامـة أخرى من الأداء .

(D) يجب أن يصل الفرد إلى السن المتوقع فيها التحكم فى البول (أي العمر الـزمني مـن خمس سنوات على الأقـل / أو للأطفـال مـن ذوي الإعاقـات التنمويـة والذهنيـة المتأخرة ، أو وفقاً للعمر العقلي من ٥ سنوات على الأقل) .

(E) لا ينسب سلس البول إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثـل ، مـدرات البـول ، وهو دواء مضاد للذهان) أو حالة أخرى طبية (على سـبيل المثـال ، الـسكري ، السنسنة المشقوقة ، وهو اضطراب استيلاء، سبق شرحه) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

أحياناً يسعى سلس البول الليلي ، إلى إفراغ المثانة ، وقد يحدث أثناء حركة العين السريعة (REM) [(١)] من النوم ، ويمكن أن يتذكر الطفل حلما ينطوي على فعل التبـول . أما خلال النهار (نهاري) مع سلس البول ، فإن الطفل يرجئ إفراغ المثانة ، حتى يحـدث سلس البول ، وأحيانا بسبب التردد في استخدام المرحاض نتيجة ، لـسوء العنايـة بـه /

(١) حركة العين السريعة هو مرحلـة مـن مراحـل النـوم تتميـز بحركـة العين الـسريعة فيهـا. يـصنف نـوم حركـة العـين الـسريعة إلى صـنفين: التـوتري والطـوري. ، ويتـضمن تـصنيف نـوم حركـة العين الـسريعة وانخفـاض تـوتر العـضلة وتخطـيط سـريع وذو جهـد منخفض لأمـواج الـدماغ. يمكن تمييز هذه الخصائص بسهولة عن طريق البولوسومنوجرام .

أو غير لائق ، أو بسبب القلق الاجتماعى ، أو الانشغال فى المدرسة بالألعاب والأنشطة .

وقد تحدث حالة سلس البول - الأكثر شيوعاً - في فترة ما بعد الظهر ، وفي وقت مبكر في أيام المدرسة والتى تترافق مع أعراض السلوك المضطرب . وإذا استمر سلس البول عادة بعد العلاج المناسب ، فقد يعود إلى وجود عدوى مرضية مرتبطة به .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار سلس البول هو (٥ ٪ -١٠ ٪) بين الذين تتراوح أعمارهم بين خمس سنوات و(٣ ٪ -٥ ٪) بين الذين تتراوح أعمارهم بين عشر أعوام ، وحوالي (١٪) بين الأفراد فى عم خمسة عشر سنة أو أكثر .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

وصف نوعين من مسار سلس البول : نوع "الابتدائي" ، الذي ينشأ مع الفرد حصراً للبول ، ونوع " ثانوي " ، والذي قد تتطور فيه الاضطرابات بعد فترة من تأسيس حصر البول .

كما لا توجد فروق في معدل انتشار الإضطرابات النفسية المرضية بين هذين النوعين . وبحكم التعريف ، فإن المرحلة الابتدائية يبدأ فيها سلس البول في سن ٥ سنوات . أما الوقت الأكثر شيوعاً لظهور سلس البول الثانوي فهو يتراوح ما بين سن (٥ و٨ سنوات) ، لكنها قد تحدث في أي وقت .

وقد تحدث معدلات تعافى ، أو تعافى وشفاء بعد سن (٥ سنوات) ، بنسب شفاء من ٥ -١٠ ٪ سنويا . أما معظم الأطفال المصابين بهذا الاضطراب ، فهم فى سن ما قبل المراهقة ، ولكن في ما يقرب من (١ ٪) من الحالات يستمر هذا الاضطراب في مرحلة البلوغ .

أما سلس البول النهاري غير الشائع بعد سن تسع سنوات ، وهو غير المألوف - أحيانا - في مرحلة الطفولة المتوسطة ، إلا أنه الأكثر شيوعاً - إلى حد كبير - من الذين يكون لديهم سلس بول ليلي ثابت . أما حين يستمر سلس البول في مرحلة الطفولة

المتأخرة أو المراهقة ، فإن تواتر سلس البول قد يزيد ، في حين يرتبط في مرحلة الطفولة المبكرة - عادة - مع وتيرة الليالي الباردة .

العوامل الخطر المنذرة Risic and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : تم اقتراح عدد من العوامل المهيئة لسلس البول ، بما في ذلك التأخر أو التراخي على التدريب على استعمال المرحاض ، أو ما يتصل بالإجهاد النفسي .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : يرتبط سلس البول مع تأخير توازى النمو / مع وتيرة إيقاعات الساعة البيولوجية الطبيعية لإفراغ البول ، أو مع ما يترتب على البوال الليلي ، أو نتيجة شذوذ في حساسية مستقبلات الفاسوبريسين ، أو ضعف وظيفي لقدرات المثانة (متلازمة المثانة غير المستقرة) .

سلس البول الليلي هو اضطراب غير متجانس وراثيا : وقد تبين دور التوريث في الأسرة ، ومع التوأم ، من تعرضهم ف مرحلة الطفولة لسلس البول الليلي بما يقارب (من ٣,٦ مرة) أعلى في نسل الأمهات مع السلس البولى المرتفع ، و(١٠,١ مرة) في وجود نسل الأب مع سلس البول . إلا أن نسب ومقادير الخطر لسلس البول الليلي والسلس نهاري ، تبدو متشابهة .

تشخيص القضايا ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic Issues :

ورد ذكر سلس البول في مجموعة متنوعة من الدول الأوروبية والأفريقية ، والدول الآسيوية ، وكذلك كما هو الحال في الولايات المتحدة ، والتى يُعد معدل انتشار المرض فيها متشابهة بشكل ملحوظ ، كما أن هناك تشابه كبير في المسارات التنموية وجدت في البلدان المختلفة . كما لوحظ وجود معدلات عالية جدا من سلس البول في دور الأيتام والمؤسسات السكنية الأخرى ، والتى من الأرجح أنها تتعلق بالوضع والبيئة التي يحدث فيها التدريب على استعمال المرحاض .

قضايا التشخيص المتعلقة بنوع الجنس

Gender-Related Diagnostic issues :

سلس البول الليلي هو أكثر شيوعاً في الذكور . / ف حين سلس البول النهاري هو أكثر شيوعاً في الإناث . أما الخطر النسبي من وجود طفل قد يتطور معه سلس البول ،

فيعود كنتيجة سابقة إلى الآباء (وراثى) عنه من سلس البول (الوراثى) السابق من الأمهات .

أما العواقب الوظيفية من سلس البول ، فهو يخفض من القيمة المرتبطة بسلس البول ، مثل القيود الوظيفية على الأنشطة الاجتماعية للطفل (على سبيل المثال ، عدم الأهلية للذهاب للبيات فى مخيم مدرسى فى رحلة بعيداً عن الأسرة) أو تأثيره على احترام الذات للطفل ، أو درجة النبذ الاجتماعى من خلال الأقران ، أو الغضب ، والعقاب ، والرفض من جانب القائمين على رعايتهم .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

المثانة العصبية أو حالة طبية أخرى : لا يتم التشخيص من سلس البول في وجود المثانة العصبية أو حالة طبية أخرى ، من التى تسبب استعجال البوال (على سبيل المثال ، دون علاج داء السكري أو مرض السكري الكاذب) أو في حالة التهاب المسالك البولية الحاد . ومع ذلك ، فإن التشخيص المتوافق مع مثل هذه الظروف لسلس البول يتم تقديمه بصورة منتظمة ، وذلك قبل تشخيصه وفق حالة طبية أخرى ، أو إذا ما استمر تقديم العلاج المناسب للحالة الطبية ، ولم يُحدث تحسناً ملحوظاً .

الآثار الجانبية للدواء : قد يحدث سلس البول أثناء العلاج مع الأدوية المضادة للذهان ، ومدرات البول ، أو الأدوية الأخرى التي ربما تتسبب في سلس البول . وفي هذه الحالة ، فإن التشخيص لا ينبغي أن يكون في عزلة عن ذلك ، ولكن يمكن الإشارة إليه كأثر جانبي للدواء . ومع ذلك ، فإن تشخيص سلس البول يجوز إذا كان سلس البول يتم بانتظام الحاضر قبل العلاج مع الدواء .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

على الرغم من أن معظم الأطفال الذين يعانون من سلس البول ، لم يعانوا من اضطراب عقلي مرضي ، إلا أن معدل انتشار الأعراض السلوكية المرضية ، هى الأعلى في الأطفال الذين يعانون من سلس البول / عنها لدى الأطفال من دون سلس البول .

وربما تترافق تلك الأعراض مع الأطفال الذين يعانون من سلس البول مع كل من : تأخر في النمو ، بما في ذلك الكلام ، واللغة ، والتعلم ، وتأخر المهارات

الحركية ، وقد يكون اضطراب الرعب فى النوم أحد المسببات لذلك . إضافة إلى التهابات المسالك البولية ، وهي الأكثر شيوعاً في الأطفال مع سلس البول ، وخصوصا سلس البول النهاري .

أضطراب التبرز على الفراش Encopresis :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F98.1) :

A . مرور متكرر للبراز في أماكن غير مناسبة (مثل الملابس) ، سواء كان غير طوعي أو متعمد .

B . واحد على الأقل مثل هذا الحدث كل شهر لمدة (٣ أشهر) على الأقل .

C . العمر الزمني هو سن ٤ سنوات على الأقل (أو ما يعادل مستوى النمو) .

D . سلوك لا ينسب إلى الآثار الفسيولوجية للمادة (مثل المليّنات) أو حالة طبية أخرى إلا من خلال آلية تشمل الإمساك .

تحديد ما إذا كان :

سلس البول الفيضي مع الإمساك : هناك أدلة على الفحص البدني للإمساك أو عن طريق تاريخ الحالة . وسلس البول الفيضي من النوع الفرعي المميز (ولكن ليس دائما) والمقترن بالبراز ، والذى يشير إلى شكل رديء ، ويمكن أن يكون تسرب مستمر إلا أنه نادر ، والذى يحدث في الغالب خلال النهار ، ونادرا ما يحدث أثناء النوم . ومع يتم تمرير جزء فقط من البراز خلال المرحاض ، كما يتم حل تشخيص سلس البول بعد العلاج من الإمساك .

أما سلس البول الفيضي - النوع الفرعي - من دون إمساك ، فمن المحتمل أن يتكون من البراز ، ومن التلويث المتقطع ، والذى عادة ما يرتبط مع وجود اضطراب التحدي الاعتراضي ، أو اضطراب السلوك ، أو قد يكون نتيجة للاستمناء الشرجي . ويبدو أن التلويث دون الإمساك أقل شيوعاً من التلويث مع الإمساك .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يتم تكرار سمة أساس من مرور البراز في أماكن غير مناسبة (على سبيل المثال ، الملابس) (A) . وفي معظم الأحيان قد يكون هذا المرور عفوياً ، ولكن أحيانا قد يكون مقصوداً . ويجب أن يحدث هذا الحدث مرة واحدة على الأقل في الشهر لمدة ٣ أشهر

على الأقل (المعيار B) ، كما يجب أن يكون العمر الزمني للطفل ٤ سنوات على الأقل (أو للأطفال ذوي الإعاقة ، والنمو المتأخر ، ويجب ألا يقل العمر العقلي عن ٤ سنوات) (C) . ويجب ألا يعود سلس البول والغائط إلى نتيجة تأثيرات فسيولوجية لمادة (مثل الملينات) أو لآخر حالة طبية إلا من خلال آلية تنطوي على الإمساك (D) .

وعند مرور البراز - غير الطوعي - بدلا من المتعمد ، والذى غالباً ما يرتبط بالإمساك ، والانحشار ، والاحتفاظ به مع تجاوز اللاحق له . وقد يتطور الإمساك نتيجة لأسباب نفسية (على سبيل المثال ، القلق حول التبرز في مكان معين ، أو إظهار المزيد من أنماط سلوكيات المعارضة العامة) ، مما يؤدي إلى تجنب التغوط . ويشمل الميل إلى الإمساك العوامل الفسيولوجية ، والتى تؤدى إلى إجهاد غير فعال ، أو متناقض مع ديناميات التغوط ، والذى يترافق مع الانكماش بدلا من الاسترخاء في العضلة العاصرة الخارجية / أو قاع الحوض خلال عملية التغوط .

كما قد يعود إلى الجفاف المرتبط بمرض الحمى ، الغدة الدرقية ، أو الآثار الجانبية للدواء ، والذى يمكن أيضاً أن يحفز الإمساك . وقد ينتج عن الإمساك ، أوضاع معقدة من قبل الشق الشرجي ، والتغوط المؤلم ، مع مزيد من احتباس البراز .

كما قد يختلف اتساق البراز في بعض الأفراد البراز ، ما بين الاتساق الطبيعي / أو شبه الطبيعي مع غيرهم من الأفراد ، مثل أولئك الذين لديهم سلس البول الفيضي الثانوي .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis ،

غالباً ما يشعر الطفل بالخجل من ذلك ، وقد يرغب في تجنب تلك المواقف (على سبيل المثال ، مخيم ، المدرسة) التي قد يؤدي إلى إحراجه . كما قد تنخفض القيمة الذاتية له ، والتى تمثل وظيفة هامة فى التأثير على احترام الذات للطفل ، أو مع درجة النبذ الاجتماعى من خلال أقرانهم ، والغضب ، والعقاب ، والرفض من جانب القائمين على رعايتهم . وقد يسبب البراز تلطخ ُمتعمد أو عرضي ، والناجم عن محاولة الطفل لتنظيف أو إخفاء البراز التي قد يصدر بصورة غير إرادية .

أما سلس البول المتعمد ، فيشير بوضوح إلى ملامح التحدي الاعتراضي ، وقد يكون اضطراب السلوك حاضرا كذلك . كما يعانى العديد من الأطفال من الإمساك

المزمن ، والذين لديهم أيضاً أعـراض سـلس البـول والمـرتبط بارتجـاع البـول في المثانـة أو الحالب ، والذى قد يؤدي إلى الالتهابات البولية المزمنة ، وأعراض أخـرى ، والـتي قد تتعافى مع العلاج من الإمساك .

معدل الانتشار Prevalence :

يقدرما يقرب من (١ ٪) من الذين تتراوح أعمـارهم بـين خمـس سـنوات لـديهم اضطراب التبرز ، ويعد هـذا الاضـطراب هـو الأكثـر شـيوعاً في الـذكور / عنـها لـدى الإناث .

التنمية والدورة Development and Course :

لا يتم تشخيص هذا الاضطراب إلا بعد وصول الطفل إلى عمر زمني لا يقل عـن أربع سنوات (أو للأطفال الذين يعانون من تأخر في النمو ، والعمر العقلي لديهم ، من سن ٤ سنوات فأقل) .

ولا يكفى التدريب على استعمال المرحاض / إذا كان غير متناسـق مـع الإجهـاد النفسي (على سبيل المثال ، دخول المدرسة ، ولادة أخ) والذى قد يكون مـن العوامـل المؤهبة لذلك . وقد تم وصف نـوعين منـه : " ابتدائيـة : " وينـشأ بـصورة فرديـة ، مـع الاضطراب ، و" الثانوية " وقد يتطـور بعـدها الاضـطراب ، ويمكـن أن يـستمر ، مـع التفاقم لعدة سنوات متقطعة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية . يمكن أن يؤدي التغوط المؤلم إلى الإمساك ، ويقلل من حجب السلوكيات غير المحتملة، كما يمكن استخدام بعـض الأدويـة (علـى سـبيل المثال ، مضادات الاختلاج ، السعال المثبطات) والذى قد يُزيد من الإمساك .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

ينطوى التشخيص في وجود حالـة طبيـة أخـرى مناسـبة فقـط مثـل وجـود آليـة الإمساك ، والتي لا يمكن تفسيرها من خـلال الحـالات الطبيـة الأخـرى . كمـا ينطـوى سلس البول والغائط المتعلق بالحالات الطبيـة الأخـرى (علـى سـبيل المثـال ، الإسـهال المزمن ، ومشقوقة الحبل الشوكي ، وضيق الشرج) .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

التهابات المسالك البولية المرضية هي أكثر شيوعاً في الإناث : كما ينطبق هذا التصنيف على العروض المميزة لقضاء (التغوط) الفوضوى ، والذى يسبب الضيق الإكلينيكي الهام ، أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من الاضطرابات من فئات التشخيص . وتستخدم فئة الاضطراب في الحالات التي يختار الطبيب فيها التواصل ، أو حين لا يلبي المعايير المحددة للاضطراب . ويتم ذلك من خلال تسجيل " آخر اضطراب مُحدد " يليه سبب محدد آخر (على سبيل المثال " سلس البول المنخفض ") .

ملاحظة الترميز : كود (N39.498) يتصل مع الاضطراب مع البولي المحدد الأعراض : (R15.9) مع غيره من اضطراب أعراض البراز المحدد .

وينطبق تصنيف اضطراب القضاء البولي غير المحدد الأعراض المميزة للفوضى التي تسبب الضيق الإكلينيكى الهام ، أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات هامة أخرى من الأداء ،والذى يسود ، ولكن لا يتستوفي المعايير الكاملة لأي من الاضطرابات مع فئات التشخيص .

يُستخدم اضطراب القضاء البولي غير المحدد فئة من الحالات التي يرى فيها الطبيب أن المعايير لا تستوفى معايير الاضطراب المحددة ، ويشمل ذلك الأعراض التي تسمح فيها المعلومات الكافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

ملاحظة الترميز : كود (R32) لأعراض الاضطراب القضاء البولي غير المحدد مع أعراض البراز (R15.9) .

النهج المتبع لتصنيف اضطرابات النوم واليقظة في DSM-5 يمكن أن يُفهم في سياق " الخلط مقابل التقسيم " DSM- IV والذى يمثل محاولة لتبسيط تصنيف اضطرابات النوم واليقظة والتشخيصات المجمعة تحت تسميات أوسع ، وأقل تبايناً .

وفى القطب الآخر ، من التصنيف الدولي لاضطرابات النوم ، ٢ طبعة (- ICSD 2) تم ضع العديد من الأنواع الفرعية للتشخيص . وقد قام DSM- IV باستخدامها ، من قبل الأخصائيين فى الصحة النفسية والأطباء الصحة العامة ، ومن غير الخبراء في طب اضطرابات النوم . ICSD-2 والتى عكست الآراء المجتمعة لأخصائي النوم ، والتى أعدت للاستخدام من قبل المتخصصين .

وتدعم الأدلة المتوفرة خصائص الأداء المتفوق (الموثوقية المتقاربة ، والتمايز ، وصحة الوجه) والتي ُتعد من أبسط ، طرق تشخيص اضطرابات النوم واليقظة .

وتوفر تلك الروابط مجموعة من المعايير التشخيصية لاضطرابات المقابلة المدرجة في ICSD-2 والذى يحدد اضطرابات النوم واليقظة فى تصنيف الدليل التشخيصى الخامس DSM-5 والاضطرابات غير النفسية المقابلة للقوائم (على سبيل المثال ، رموز الأعصاب) المشتقة من التصنيف الدولي للأمراض (ICD) .

وقد تم أحراز تقدم في مجال طب اضطرابات النوم في هذا الاتجاه منذ نشر من DSM-IV . ويتجسد استخدام المصادقون البيولوجيين الآن في تصنيف DSM-5 على اضطرابات النوم واليقظة ، ولا سيما بالنسبة لاضطرابات النعاس المفرط ، مثل الخدار ؛ واضطرابات النوم ذات الصلة بالتنفس ، والتي وردت فى دراسات النوم الرسمية ، ومتلازمة تململ الساقين ، والتي يمكن في كثير من الأحيان أن تتعايش مع حركات الأطراف الدورية أثناء النوم ، والتى يمكن كشفها عن طريق دراسات النوم .

إضطراب الأرق Insomnia Disorder :

معايير تشخيصية (G47.00) :

A . ترتبط الشكوى من عدم الرضا السائد بواسطة كمية أو نوعية النوم ، مع واحد (أو أكثر) من الأعراض التالية :

١.صعوبة البدء في النوم . (في الأطفال : قد يعبروا عن صعوبة بدء النوم دون تدخل الرعاية الأسرية) .

٢. صعوبة في الحفاظ على النوم ، أو الاستيقاظ المتكرر ، والذى يترتبط بمشاكل العائدين إلى النوم بعد الاستيقاظ . (في الأطفال : قد يعبروا عن صعوبة العودة إلى النوم دون تدخل أوجه الرعاية) .

٣. الاستيقاظ في الصباح الباكر مع عدم القدرة على العودة إلى النوم .

B . اضطراب النوم يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة ، أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ، والتعليمية وفى المجالات الأكاديمية والسلوكية ، أو غيرها من الأداءات .

C . تحدث صعوبة النوم لمدة (٣ ليالى) على الأقل في الأسبوع .

D . صعوبة النوم ، بأن تتواجد لمدة (٣ أشهر) على الأقل .

E . قد تحدث صعوبات النوم على الرغم من وجود فرصة كافية للنوم .

F . لم يتم توضيح الأرق بشكل أفضل من خلال الذى لا يحدث حصرا أثناء اضطراب النوم واليقظة الأخرى (على سبيل المثال ، الخدار ، وهو اضطراب النوم المتصل بالتنفس ، على إيقاع الساعة البيولوجية، واضطراب النوم واليقظة ، والخطل النومي) .

G . لا يعزى الأرق إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل المخدرات الاعتداء ، الأدوية) .

H . تعايش الاضطرابات النفسية والحالات الطبية لا 'تفسر على نحو كاف بناء على شكوى من الأرق .

تحديد ما إذا كان :

يتم اضطراب النوم ، مصاحباً لظهور الاعتلال النفسي المشترك ، بما في ذلك اضطرابات تعاطي المخدرات مع الاعتلال الطبي المشترك ، مع غيرها من اضطرابات النوم .

ملاحظة الترميز : رمز (G47.00) وينطبق على جميع المحددات الثلاثة ، كما يرتبط بالاضطراب العقلي ذات الصلة بحالة طبية ، أو غيرها من اضطرابات النوم .

تحديد ما إذا كان : -

- العرضية : الأعراض المشاركة ما لا يقل عن شهر ولكن أقل من (٣ أشهر) .
- الثابتة : الأعراض تستمر (٣ أشهر) أو أكثر .
- المتكررة : لمدة حلقتين اثنين (أو أكثر) من حلقة خلال سنة واحدة .

ملاحظة : الأرق الحاد على المدى القصير (أي الأعراض تدوم أقل من (٣ أشهر) ولكنها تلبي جميع المعايير فيما يتعلق بالتواتر الشديد ، أو ضيق ، أو ضعف) يجب أن يكون مشفراً وفقاً لاضطرابات الأرق الأخرى المحددة .

ملاحظة : يتم إعطاء تشخيص اضطراب الأرق ، سواء كان يحدث كحالة مرضية مستقل أو للذين يعانون من اضطراب عقلي آخر (مثل ، اضطراب اكتئابي) ، أو حالة

طبية (على سبيل المثال ، الألم) ، أو اضطرابات النوم الأخرى (على سبيل المثال ، اضطراب النوم المتصل بالتنفس) .

على سبيل المثال ، قد يطور الأرق مساره الخاص مع بعض القلق والاكتئاب ، ويحدث ذلك في غياب معايير لم يتم الوفاء بها لأي اضطراب نفسي واحد .

وقد يظهر الأرق أيضاً كسمة سريرية من اضطراب عقلي يستوفى أعراضه بصورة أكثر ، وقد يشكل الأرق عامل خطر عند علاج الاكتئاب .

وغالباً ما يكون من المستحيل تحديد الطبيعة الدقيقة للعلاقة بين هذه الكيانات السريرية ، وقد تتغير هذه العلاقة مع مرور الوقت ، لذلك ، وفي ظل وجود الأرق والاضطراب المرضي ، فإنه ليس من الضروري جعل وجود عزو سببي بين الشرطين .

وبدلا من ذلك ، يتم تشخيص اضطراب الأرق مع المواصفات المتزامنة للظروف المرضية إكلينيكيا . وينبغي النظر في تشخيص الأرق المتزامنة فقط مع الأرق الشديد بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل ؛ وخلاف ذلك ، لا يتم إجراء تشخيص منفصل بشكل ضروري .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب الأرق هو عدم الرضا عن كمية أو نوعية النوم ، مع الشكاوى من صعوبة البدء أو المحافظة على النوم . ويرافق ذلك شكاوى من النوم بواسطة ضائقة إكلينيكية مهمة أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مجالات العمل الهامة . وقد يحدث اضطراب النوم أثناء آخر اضطراب عقلي أو حالة طبية أخرى ، أو قد تحدث بشكل مستقل .

مظاهر مختلفة من الأرق يمكن أن تحدث في أوقات مختلفة من فترة النوم : مثل ظهور مرض النوم ، والأرق (أو الأرق الأولي) والذى ينطوي على صعوبة بدء النوم في وقت الذهاب إلى النوم . كما ينطوي أرق النوم (أو الأرق الأوسط) على الاستيقاظ المتكرر أو المطول في جميع أنحاء الليل . أما الأرق في وقت متأخر فينطوي على الاستيقاظ في الصباح الباكر مع عدم القدرة على العودة إلى النوم .

وتعد الصعوبة في الحفاظ على النوم / من أكثر الأعراض شيوعاً من الأرق ، تليها صعوبة في النوم ، في حين أن الجمع بين هذه الأعراض هو العرض الأكثر شيوعاً بشكل عام .

الشكوى الغالبة من النوم مع مرور الوقت : الأفراد الذين يشكون من صعوبة في النوم في وقت واحد / أو في وقت لاحق قد يشكون من صعوبة في الحفاظ على النوم ، والعكس بالعكس . أما أعراض صعوبة النوم وصعوبة الحفاظ على النوم ، فيمكن قياسها كمياً بأثر رجعي الناتج عن التقرير الذاتي للفرد ، أو من خلال يوميات النوم ، أو وسائل أخرى ، مثل دراسة النوم ، ويظل تشخيص اضطراب الأرق يستند على التصور الذاتي للفرد حول النوم ، أو تقديم تقرير مؤقت عن أعراضه .

النوم الغير الصحى : هناك شكوى شائعة من سوء نوعية النوم الذي لا يشعر معه الفرد بالراحة بعد الاستيقاظ من النوم ،رغم حصوله على مدة كافية ، وهي شكوى ترتبط عادة بالنوم ، وتحدث بالاشتراك مع صعوبة بدء أو المحافظة على النوم ، أو أقل في كثير من الأحيان مع العزلة (حين ينام الشخص بمفردة) . ويمكن أيضاً أن يتم الإبلاغ عن هذه الشكوى بالتعاون مع اضطرابات النوم الأخرى (على سبيل المثال ، الاضطراب ذات الصلة بالتنفس ، واضطراب النوم) . عند حدوث شكوى من النوم في العزلة (أي في غياب صعوبة بدء أو الحفاظ على النوم) ولكن لكل هذه التشخيصات معايير محددة فيما يتعلق بالتردد ، والمدة ، والشدة أثناء النهار ، والعاهات والأمراض الأخرى المصاحبة لسلوكيات ، وأنماط النوم .

وبصرف النظر عن معايير التردد والمدة المطلوبة لإجراء التشخيص ، فإن المعايير الإضافية مفيدة لقياس شدة الأرق . وهى معايير كمية ، والتى تُقدم بغرض التوضيح فقط . على سبيل المثال ، ما يتصل بصعوبة بدء النوم ، وزمن كمون النوم الذاتي فى حدود (٢٠-٣٠ دقيقة) وصعوبة الحفاظ على ما يُعرف بساعة النوم الشخصي ، والتى تجعل الفرد مستيقظا بعد محاولة النوم لأكثر من (٢٠-٣٠ دقيقة) . ورغم عدم وجود تعريف موحد للاستيقاظ في الصباح الباكر ، فإن هذا العرض ينطوي على الاستيقاظ قبل (٣٠ دقيقة) على الأقل قبل الموعد المقرر ، وقبل النوم الكلي للوقت بمدة تصل إلى ساعات .

ومن الضروري الأخذ في الاعتبار / بعدم اتخاذ مرة الإستيقاظ ، كتشخيص نهائي / ولكن أيضاً بأخذ ظروف النوم في الليلة السابقة . كما ينبغي مراعاة أن الاستيقاظ في الساعة الرابعة (فجراً) 'يشير إلى منطق سوى - طبيعي - مع أولئك الذين يذهبون إلى الفراش في الساعة (التاسعة مساءً) ، وعلى العكس مع أولئك الذين يذهبون إلى الفراش في الساعة الثانية عشرة مساءً ، وهذا الخفض فى ساعات النوم يعتمد على العمر ، والقدرة على الحفاظ النوم أو التحول فى منظومة النوم وفقاً لتوقيت فترة النوم الرئيسة .

وينطوي اضطراب الأرق على خلل وكم ساعات النوم النهارى / فى علاقته بصعوبات النوم ليلا . ويشمل ذلك التعب الأقل شيوعاً ، وفترة النعاس الطويلة أثناء النهار ، وهذا الأخير هو أكثر شيوعاً بين الأفراد الأكبر سنا وعند الأرق المرضي المتصل بحالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، الألم المزمن) أو اضطراب النوم (على سبيل المثال ، توقف التنفس أثناء النوم) . أو انخفاض في الأداء الإدراكي ، والذى يمكن أن يشمل صعوبات فى الانتباه والتركيز والذاكرة ، وحتى مع أداء المهارات اليدوية البسيطة . وعادة ما يتم وصف اضطرابات المزاج المرتبطة به بالتهيج أو عطوبية المزاج .

ولا يعانى كل الأفراد مع اضطرابات النوم ليلا ، ولكنه يختص المتعثرين ، أوممن لديهم اضطراب وظيفي : على سبيل المثال ، وغالباً ما ينقطع النوم في البالغين الأصحاء الأكبر سنا ، ويجب أن يتم تشخيص اضطراب الأرق لأولئك الأفراد مع الضائقة النهارية (المشكلات) المتعلقة لديهم بصعوبات النوم ليلا .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

كثيراً ما يرتبط الأرق مع الاستثارة الفسيولوجية والمعرفية وتكييف العوامل التي تتداخل مع النوم . مثل الانشغال بالنوم، والضيق المرتبط بعدم القدرة على النوم ، مما قد يؤدي إلى حلقة مفرغة : وكلما سعى الفرد إلى النوم ، كثر إحساسه بأفكار ومعوقات النوم المحبطة ، مما يزيد من معوقات النوم ، وبما يمكن أن يُسهم في تطوير الأرق .

يمكن للأفراد الذين يعانون من الأرق المستمر أيضاً اكتساب عادات النوم غير القادرة على التأقلم ، على سبيل المثال ، قضاء الوقت المفرط في السرير؛ القيلولة .

والإدراك (على سبيل المثال ، والخوف من عدم القدرة على النوم؛ مخاوف من قلة النوم فى النهار؛ رصد حالة اضطراب النوم على مدار الساعة أثناء هذا الاضطراب .

وعلى العكس ، فإن الفرد قد يغفوا بسهولة أكثر - بصورة عفوية - عندما لا يحاول أن يفعل ذلك . وقد يحصل بعض الأفراد على أفضل وقت من النوم ، عندما يناموا بعيداً عن غرف النوم الخاصة بهم وخروجاً على روتينهم المعتاد .

قد يكون الأرق مصحوباً بمجموعة متنوعة من الشكاوى والأعراض فى النهار ، بما في ذلك التعب ، وانخفاض الطاقة ، واضطرابات المزاج . أما أعراض القلق أو الاكتئاب التي لا تستوفي معايير اضطراب عقلي محدد قد تكون موجودة ، وكذلك التركيز المفرط على الآثار المتصورة لعدم النوم أثناء النهار .

أما الأفراد الذين يعانون من الأرق فقد ترتقى درجاتهم على التقرير الذاتي أو النفسي مع لمحات تشير إلى الاكتئاب الخفيف والقلق ، والمتعلق بقلق النمط المعرفي ، وهو أسلوب يركز على العاطفة واستيعاب تسوية المشكلات . أما أنماط الضعف العصبي بين الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأرق فهى غير متناسقة ، مع ضعف في أداء المهام ، والتي تتطلب تغييرات متكررة في استراتيجية الأداء الفردى . وغالباً ما يتطلب ذلك بذل الأفراد المزيد من الجهد مع محددات الأرق ، بهدف رئيس وهو الحفاظ على الأداء الإدراكي للفرد .

معدل الانتشار Prevalence :

تُشير التقديرات القائمة على السكان أن حوالي ثلث البالغين قد صادفوا من أعراض الأرق ، (١٠-١٥ ٪) عانوا من الآثار المرتبطة به نهاراً ، و(٦-١٠ ٪) لديهم الأعراض التي تلبي معايير اضطراب الأرق ، وهو من أكثر معدلات الانتشار من جميع اضطرابات النوم الأخرى . وتصل نسبة من يشكون من سوء إعدادات الرعاية الصحية الأولية ، ما يقرب من (١٠-٢٠ ٪) من الأفراد؛ مع ظهور أعراض الأرق كبيرة لديهم.

والأرق هو الشكوى الأكثر فى معدلات الانتشار بين الإناث / عنها من الذكور ، حيث بلغت النسبة بين الجنسين من حول (١,٤٤ : ١) .

وعلى الرغم من أن الأرق يمكن أن يكون أحد أعراض الاضطراب المستقل ، إلا أنه ، وفي غالب الأحيان لوحظ اعتباره كشرط مرضي أصيل مع حالة طبية أخرى

أو مع الاضطراب العقلي . وعلى سبيل المثال ، فإن (٤٠-٥٠ ٪) من الأفراد يتعرضون للأرق أيضاً والمصاحب مع الاضطراب العقلي المرضي .

التنمية والدورة Development and Course :

يمكن أن تظهر أعراض الأرق في أي وقت أثناء الحياة ، ولكن الحلقة الأولى هي أكثر شيوعاً في مرحلة الشباب . وتتميز بأنها أقل تواتراً .

ويبدأ الأرق في مرحلة الطفولة أو المراهقة : أما في النساء ، فقد تحدث بداية الأرق خلال انقطاع الطمث وتستمر حتى بعد حل الأعراض الأخرى (على سبيل المثال ، والهبات الساخنة) . وقد يعانوا من ظهور الأرق في وقت متأخر من الحياة ، والذى غالباً ما يرتبط مع بداية الظروف الأخرى المتعلقة بالصحة .

الأرق يمكن أن يكون العرضية ، والثابتة ، أو المتكررة : عادة ما يستمر الأرق الحاد أو العرضي بضعة أيام أو بضعة أسابيع ، وكثيراً ما يرتبط مع أحداث الحياة أو التغيرات السريعة في مواعيد النوم أو البيئة ، والذى عادة ما يحدث لمرة واحدة على عجل ، ثم ينحسر .

وبالنسبة لبعض الأفراد ، فربما يكون ذلك أكثر عرضة لاضطرابات النوم والأرق ، والذى قد يستمر لفترة طويلة بعد وقوع آثار الحدث الأولي ، والذى ربما يحدث كذلك بسبب التكيف مع العوامل الضاغطة ومع الإثارة المتزايدة .

أما العوامل التي تعجل من حدوث الأرق فقد تختلف عن العوامل الدائمة . على سبيل المثال ، الشخص طريح الفراش بسبب إصابة مؤلمة وصعوبة فى النوم ، لا بد من تعرضه لتداعيات النوم السلبية .

كما قد تؤدى ملابسات الشهوة المستمرة إلى حدوث الأرق المستمر . والتى قد تتطور في سياق الضغط النفسي الحاد أو اضطراب عقلي . وعلى سبيل المثال ، يحدث الأرق خلال حلقة من الاضطراب الاكتئابي .

وبالطبع قد يكون الأرق حالة عرضية ، مع نوبات متكررة من صعوبات النوم ، والذى قد يرتبط بوقوع أحداث مُجهدة . وتتراوح المعدلات الزمنية للمتابعة المنبثقة من (١-٧ سنوات) . حتى عندما يُصبح مسار الأرق يتم بصورة مُزمنة ، كما أن هناك

تقلبات فى الليل مع أنماط النوم ، تلك التقلبات الليلية قد تكون عرضية مع راحـة ليلـة كاملة من النوم / تتخللها عدة ليال من قلة النوم .

خصائص الأرق قد تتغير أيضاً مـع مـرور الوقـت : العديـد مـن الأفـراد الـذين يعانون من الأرق لديهم تاريخ من " النوم " أو لديهم اضطراب فى النـوم / وذلـك قبـل ظهور مشاكل في النوم - بصورة واضحة - وأكثر ثباتاً .

أما أكثر معدلات شكاوى انتشار الأرق ، فهى بـين سـن منتـصف العمـر وكبـار السن . كما يغير نوع الأرق ، من طبيعة الأعراض بوصفها وظيفة تتصل بـالعمر ، أمـا نسب الذين يعانون من صعوبات في بدء النوم ، فهى أكثـر شـيوعاً بـين البـالغين ، مـع مشاكل الشباب فى الحفاظ على النوم الذى يحدث على نحـو أكثـر تـواترا بـين منتـصف العمر / والأفراد الأكبر سنا .

يمكن أن تحدث صعوبات فى البدء ، أو فى الحفاظ علـى النـوم أيـضاً في الأطفـال والمراهقين ، ولكنها بيانات محدودة على معدل الانتشار ، وعوامل الخطر ، والاعـتلال المشترك خلال هذه المراحل التنموية من العمر .

وترتبط صعوبات النـوم في مرحلـة الطفولـة ، بمـا يمكـن أن يـنجم عـن تكييـف العوامل (على سبيل المثـال ، الطفـل الـذي لا يـتعلم أن يغفـو أو يعـود إلى النـوم دون وجود أحد الوالدين) أو من عدم وجود مواعيد نوم متسقة وروتينية . وغالباً ما ُيسبب الأرق في مرحلة المراهقة إلى درجة التفاقم بسبب عدم انتظام مواعيد النوم (علـى سـبيل المثال ، الانشغال بالشبكة العنكبوتيـة) . في كـل مـن الأطفـال والمـراهقين ، إضـافة إلى العوامل النفسية والطبية التي يمكن أن ُتسهم في الأرق .

ويفسر زيادة معدل انتشار الأرق في البالغين الأكبر سنا جزئيـا / بـأعلى مـسببات حدوث المشاكل الصحية والبدنية مع الشيخوخة . أما التغيرات في أنماط النوم المرتبطة ، فيجب أن تفرق بين العملية التنموية العادية من تلك التي تتجاوز المرحلـة العمريـة ذات الصلة بتلك التغييرات .

وعلى الرغم مـن أن دراسـة النـوم هـي ذات قيمـة محـدودة في التقيـيم الـروتيني للأرق ، إلا أنها قد تكون أكثر فائدة في التشخيص التفريقي بين البـالغين الأكـبر سـنا ،

حول مسببات الأرق (على سبيل المثال ، توقف التنفس أثناء النوم) هـو أكـبر كـثيراً ممـا يمكن تحديده في الأفراد الأكبر سنا .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر والعوامل المنـذرة تم مناقـشتها في هـذا القـسم والـتى تزيـد مـن مـستوى الأرق ، ومن المرجح أن يتعرض الأفراد لاضطرابات النوم عقب الأحداث الـصادمة ، مثل الأحداث الرئيسة في الحياة (على سبيل المثال ، المرض ، الطـلاق) أو إلى الأحـداث اليومية الأقل إجهاداً ، ولكنها مستمرة بصورة مزمنة (مثل رعاية طفل يعانى من الإعاقـة الذهنية) .

وقد يستأنف معظم الأفراد أنماط النـوم العاديـة بعـد اختفـاء هـذا آثـار الحـدث الضاغط الأولي ، ولكن آخرين ، ربما يكونوا أكثر عرضـة لـلأرق ، لمواصـلة مواجهـة صعوبات النوم الثابتة . وترتبط عوامل إدامة الحالة / بعادات قلة النوم ، وجدولة النـوم غير النظامية ، والخوف من عدم النوم المرتبط بالأرق ، ويمكن أن تُسهم تلـك المـشاكل في ظهور حلقة مفرغة قد تحمل آثار سمات الأرق المستمر .

المخاطر المزاجية : تتصف أعراض القلق / أو المعرضـين للقلـق الشخـصي أو المعـرفي ، بزيادة الشهوة ، والميل إلى قمع المـشاعر ، والـذى يمكـن أن يُزيـد مـن التعـرض للأرق .

المخاطر البيئية : الضوضاء ، والضوء ، بـشكل غـير مـريح ، ودرجـة الحـرارة العاليـة أو المنخفضة ، يمكن أيضاً أن تُزيد من معدلات التعرض للأرق .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : والتى ترتبط بـين الجنـسين بالتقـدم في الـسن ، المترافـق بزيادة التعرض للأرق . كما أن الأرق كذلك عُرضه لتأثره بالمشكلات العائلية .

أما معدل لانتشارالأرق : فهو أعلى بين التوائم الزيجـوت بالنـسبة للتـوائم ثنـائي الزيجوت ، وهو أيضاً أعلى في الدرجة الأولى بين أفراد الأسرة مقارنة مع غيرهم . كمـا قد يتم توريث هذا الرابط من خلال الاستعداد الـوراثي ، مـن خـلال الملاحظـات مـن النماذج الأبوية ، والتي قد تُشكل الاضطراب النفسي ، إلا أن ذلك لا يزال غـير محـدد (DSM-5) .

المعدلات : تشمل المعدلات الخاصة بالأرق كل من : الممارسات الصحية الضارة بنوم الفقراء (على سبيل المثال ، استخدام الكافيين المفرط ، وعدم انتظام مواعيد النوم) .

قضايا تشخيص ذات الصلة بين الجنسين Gender-Reiated Diagnostic issues :

أكثر معدلات الانتشار من شكوى الأرق / يتم بين الإناث منها لدى الذكور ، والتى ترتبط غالباً مع بداية ولادة طفل جديد أو مع سن اليأس . وعلى الرغم من معدل الانتشار يتم بين الإناث الأكبر سنا ، إلا أن الدراسات تشير إلى أن الحفاظ - بشكل أفضل - على استمرارية النوم ، والنوم الموجه البطيء يكون لصالح الإناث الأكبر سنا / عنها مما لدى الذكور في نفس السن .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Maricers :

عادة ما تظهر دراسة النوم مع ضعف الاستمرار فى النوم (على سبيل المثال ، زيادة كمون النوم / والوقت المستيقظ بعد بداية النوم / وانخفاض كفاءة النوم [النسبة المئوية للوقت في السرير نائما] ويمكن أن تظهر زيادة مرحلة النوم ، وتتحدد تلك المراحل ٣ و٤ من حالة النوم) .

ويلاحظ شدة العاهات المرتبطة بالنوم ، والتى لا تتطابق دائما مع حالة الفرد السريرية الناتجة عن شكوى شخصية لقلة النوم ، أو المبالغة فى اليقظة المستمرة - المقصودة - والتى تشملها دراسات اضطراب النوم .

وقد تشير التحليلات الكمية الكهربية ، إلى أن الأفراد الذين يعانون من الأرق لديهم قوة عالية من تردد المخ / بالنسبة إلى الذين ينامون جيدا سواء مع فترة بداية النوم ، أو أثناء النوم غير المشتمل على حركة العين السريعة ، وهي الميزة التى توحي بزيادة الإثارة القشرية .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأرق فقد يعود ذلك إلى انخفاض الميل للنوم ، والذى عادة لا يُعبر عن زيادة النعاس خلال النهار ، بالمقارنة مع الأفراد الذين لا يعانون من اضطرابات النوم .

تظهر الفحوصات المخبرية أدلة أخرى ، (ولكنها ليست دائمة) مثل زيادة الاستثارة والتنشيط المعمم من محور الغدة النخامية ، والغدة الكظرية (على سبيل المثال ، زيادة مستويات الكورتيزول ، وتقلب معدل ضربات القلب ، وتفاعل للإجهاد ، ومعدل التمثيل الغذائي) . وبشكل عام ، فإن النتائج تتفق مع الفرضية القائلة بأن زيادة الإثارة للعوامل الفسيولوجية والمعرفية تلعب دورا هاماً في اضطراب الأرق .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأرق فقد يبدون إما مرهقين أو على العكس واعيين تماماً ، ومع ذلك ، لا توجد ميزة متسقة على هذا الفحص البدني . وقد تكون هناك زيادة في حدوث التوتر ذات الصلة بالأعراض النفسية (على سبيل المثال ، التوتر والصداع ، والتوتر العضلي أو الألم ، أو أعراض اضطراب فى الجهاز الهضمي) .

العواقب الوظيفية من اضطراب الأرق

Functional Consequences of Insomnia Disorder :

نتيجة للأرق أو القلق المفرط مع اضطراب النوم ، قد تتطور المشاكل الشخصية والاجتماعية والمهنية ، وذلك مع زيادة التهيج النهارى ، وضعف التركيز . مع ضعف الانتباه والتركيز / والشائع ، والذى يمكن أن يكون ذات صلة بارتفاع معدلات الحوادث التى لوحظت في الأرق . ويرتبط الأرق المستمر أيضاً مع زيادة مخاطر الاضطراب الاكتئابي ، وارتفاع ضغط الدم ، واحتشاء عضلة القلب ، وزيادة التغيب عن العمل وانخفاض الإنتاجية في العمل ، وخفض نوعية الحياة ، وزيادة العبء الاقتصادي .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اختلافات مدة النوم العادي : تختلف مدة النوم الطبيعي اختلافا كثيراً بين الأفراد ، فبعض الأفراد الذين يحتاجون إلى القليل من النوم (ينامون فترة قصيرة) والتى تختلف عن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأرق بسبب عدم وجود صعوبة في النوم ، أو لعدم وجود أعراض مميزة النهار (على سبيل المثال ، التعب ، ومشاكل في التركيز ، والتهيج) . ومع ذلك ، قد تكون بعض تلك العوارض قصيرة ، أو بسبب

محاولة النوم لفترة أطول من الزمن ، أو من خلال إطالة الوقت في السرير ، إلا أنها قد تصنع نمطاً مثل الأرق .

وينبغي تمييز الأرق السريري /عن الأرق العادي ، مثل تغييرات النوم المرتبطة بالعمر . كما يجب التمييز بين الأرق ، والحرمان من النوم بسبب عدم كفاية فرصة النوم الناتجة عن ذلك ، وعلى سبيل المثال ، الالتزامات المهنية أو العائلية ، والتى تجبر الفرد على البقاء مستيقظا .

أعراض الأرق الحاد : الأرق العرضي الحاد ، من شروطه أن يستمر بضعة أيام إلى أسابيع ، وغالباً ما يرتبط مع أحداث الحياة ، أو مع تغييرات في مواعيد النوم . هؤلاء قد يتعرضوا للأرق الحاد ، أو قصير المدى ، أو إلى إنتاج محنة كبيرة قد تتداخل مع الأداء الاجتماعى والشخصي والمهني لهم . وعندما تكون هذه الأعراض متكررة بما فيه الكفاية وتلبي جميع المعايير الأخرى ، فيما عدا استغراقها لمدة (٣ أشهر) ، فإن التشخيص هنا يرصد اضطراب الأرق المحدد ، أو اضطراب الأرق غير المحدد .

أنواع تأخر مرحلة النوم وتحول العمل من إيقاع الساعة البيولوجية : قد يسبب اضطراب النوم واليقظة، وخاصة مع الأفراد الذين يخالفوا تأخير مرحلة النوم / ضد إيقاع الساعة البيولوجية الذاتية الخاصة بهم والمنظمة للنوم واليقظة . ويظهر بالتالى اضطراب النوم والأرق لديهم فقط عندما يحاولون النوم في الأوقات غير العادية لهم نتيجة لحدث اجتماعي معين ، كما يختلف ذلك عن نوع العمل المرتبط باضطراب الأرق منذ بداية تاريخ التحول للعمل بنظام الورديات المسائية المتأخرة .

متلازمة تململ الساقين : متلازمة تململ الساقين غالباً ما تنتج صعوبات بدء عدم القدرة على الحفاظ على النوم . ومع ذلك ، فإن الرغبة الملحة لتحريك الساقين ، أو التى تحدث أحاسيس الألم للساقين ، والتى تُشير إلى السمات التي تميز اضطراب النوم / عنه من اضطراب الأرق .

اضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس : معظم الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس لديهم تاريخ من الشخير بصوت عال ، وانقطاع التنفس المؤقت

أثناء النوم ، والإفراط في النعاس نهاراً . ومع ذلك ، فإن ما يصل الى ٥٠ ٪ من الأفراد مع توقف التنفس المؤقت أثناء النوم ، قد يقرروا أيضاً أعراض الأرق ، وهي الميزة الأكثر شيوعاً بين الإناث وكبار السن .

الخدار : قد يسبب الخدار شكاوى الأرق ، ولكنه يتميز عن الأرق باضطراب يغلب عليه أعراض النعاس المفرط أثناء النهار ، والنوم التام ، والهلوسة المرتبطة بالنوم.

باراسومنياس : [١]يظهر الباراسومنياس بناء على شكوى من سلوك أو أحداث غير عادية أثناء النوم قد تؤدي إلى الاستيقاظ على فترات متقطعة / مع صعوبة فى استئناف النوم .

ومع ذلك ، فمن هذه الأحداث السلوكية ، بدلا من إحداث حالة الأرق بذاتها ، إلا أنها تتطور لتهيمن على الصورة السريرية .

اضطراب النوم بالمادة التي يسببها الدواء ، والتي ترتبط بنوع الأرق : وتتميز مادة الأدوية الناجمة عنها باضطراب النوم ، والأرق (أي مادة تعاطي المخدرات ، أو دواء ، أو التعرض لمادة سامة) والحكم عليه بأنه متعلقة بحالة الأرق (انظر المادة الناتجة عن أدوية اضطرابات النوم " لاحقا في هذا الفصل) .

وعلى سبيل المثال ،لا يحدث الأرق إلا في سياق ثقيل يتم تشخيصه مثلاً بكم استهلاك القهوة والكافيين التي يسببها اضطراب النوم والأرق ، مع بداية ، أو أثناء التسمم .

---

(١) اضطراب باراسومنياس هو مجموعة من اضطرابات النوم التي تتميز بحركة غير عادية ، وبالتصور، والسلوك والأحلام ، وذلك حين يكون الشخص ما بين مختلف مراحل النوم أو الاستيقاظ من النوم ، وعادة ما تحدث هذه المشاكل في الوقت إما يكون مستيقظا / مع حركة العين غير السريعة (NREM) النوم ، أو في حركة العين السريعة (REM) من النوم ، وبعض من هذه الاضطرابات تقع ضمن أكثر الفئات التي تشمل المشي أثناء النوم ، ورعب الليل ، والتحدث أثناء النوم ، وغيرها.

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الأرق : هو الاعتلال المشترك الشائع في العديد من الحالات الطبية ، بما في ذلك مرض السكري ، وأمراض القلب التاجية ، ومرض الانسداد الرئوي المزمن ، والتهاب المفاصل ، والألم الليفي العضلي ، وغيرها من شروط الألم المزمن .

العلاقة بين المخاطر ثنائية الاتجاه : يزيد الأرق من خطر الظروف الطبية ، والمشاكل الطبية من خطر الأرق . إلا أن اتجاه العلاقة غير واضح دائما ، لكنه يمكن أن يتغير بمرور الوقت ، ولهذا السبب ، فإن متغير الأرق المرضي هو المصطلح المفضل في ظل وجود تعايش الأرق مع شرط طبي آخر مثل (الاضطراب العقلي) .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الأرق المزمن ، فكثيراً ما يكون لديهم اضطراب عقلي مرضي ، ولا سيما اضطرابات القطبين ، والاكتئاب ، والقلق . ويمثل الأرق المستمر خطراً مبكراً للإكتئاب ثنائي القطب اللاحق له ، والقلق الناتج عن اضطرابات تعاطي المخدرات . كما أن الأفراد الذين يعانون من الأرق قد يسيئون استخدام الأدوية أو الكحول للمساعدة في النوم ليلا ، أو مع أدوية مزيلات القلق لمكافحة التوتر أو القلق ، أو استخدام الكافيين أوالمنبهات الأخرى لمكافحة التعب المفرط . والتي تضيف من تفاقم الأرق ، مع استعمال بعض أنواع من المخدرات، والتي قد تستخدم في بعض الحالات التي يتطور فيها تعاطي المخدرات إلى اضطراب فعلي .

العلاقة للتصنيف الدولي للاضطرابات النوم :

هناك العديد من ظواهر الأرق المتميزة المتعلقة بمصدر الأرق ، والذي يعترف بها التصنيف الدولي لاضطرابات النوم ، الطبعة ٢ (ICSD -2) . وتشمل الأرق النفسي ، والأرق مجهول السبب ، وسوء الفهم لأعراض اضطرابات النوم ، وعدم كفاية نظافة مكان النوم ، ورغم ذلك فإن هناك أدلة محدودة لدعم هذه الظواهر المتميزة لاضطراب النوم .

إضطراب النعاس الشديد Hypersomnolence Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (G47.10) :

A . النعاس الذاتى المفرط (النعاس الشديد) على الرغم من فترة النوم الرئيسة الدائم لمدة لا تقل عن ٧ ساعات يومياً ، مع واحد على الأقل من الأعراض التالية : -

١.فترات متكررة من النوم أو هفوات في النوم في نفس اليوم .

٢. النوم لفترات طويلة مع الحلقة الرئيسة للاضطراب لأكثر من ٩ ساعات في اليوم الواحد ، وهذا هو الغير صحى .

٣. صعوبة فى الاستيقاظ تماما بعد الاستيقاظ المفاجئ : والذى يغلب عليه النعاس الشديد ، بحيث يحدث على الأقل ثلاث مرات في الأسبوع ، لمدة ٣ أشهر على الأقل .

C . يرافق النعاس الشديد ، وجود ضائقة كبيرة ، أو ضعف في الإدراك ، أو فى المجالات الاجتماعية والمهنية الهامة ، أو غيرها من أوجه الأداء .

D . لا يتم تشخيصه بصورة أوضح ، مع النعاس الشديدة ، ولا من خلال مسار اضطراب النوم الآخر (على سبيل المثال ، الخدار ، المتعلق بالتنفس ، واضطراب النوم ، وإيقاع الساعة البيولوجية ، واضطراب النوم واليقظة ، أو الخطل النومي) . ولا ينسب النعاس الشديد إلى الآثار الفسيولوجية للمادة (على سبيل المثال ، استخدام أدوية منومة ، أو مخدرة) .

F . التعايش مع الاضطرابات النفسية والطبية لم ُيفسر على نحو كاف لغالبية الشكاوى المتصلة بالإضطراب .

تحديد ما إذا كان : يتم مع الاضطراب العقلي ، بما في ذلك اضطرابات تعاطي المخدرات مع حالة طبية واضحة متصلة مع اضطرابات النوم الأخرى .

ملاحظة الترميز : رمز (G47.10) ينطبق على جميع المحددات الثلاثة . كما يرتبط بالإضطراب العقلي ذات الصلة ، بحالة طبية ، أو غيرها من اضطرابات النوم الأخرى .

تحديد ما إذا كان : -

- ❖ الحاد : مدة أقل من شهر واحد .
- ❖ تحت الحاد : مدة (١-٣) أشهر .

❖ الثابتة : مدة أكثر من (٣ أشهر) .

❖ تحديد شدة الحالي :

تحديد الشدة يعتمد على درجة من الصعوبة فى الحفاظ على اليقظة أثناء النهار كما يتجلى ذلك من قبل وقوع هجمات متعددة من النعاس ، لا يمكن مقاومتها في أي يوم من الأيام التي تحدث فيها ، وعلى سبيل المثال ، قد يتضح ذلك فى الجوانب المستقرة فى قيادة السيارات ، وزيارة الأصدقاء ، أو العمل : -

- خفيف : مع صعوبة فى الحفاظ على اليقظة أثناء النهار من (١-٢) أيام فى الأسبوع .
- المعتدل : صعوبة الحفاظ على اليقظة أثناء النهار من (٣ - ٨) أيام فى أسبوع .
- شديد : مع صعوبة الحفاظ على اليقظة أثناء النهار من (٥-٧) أيام أسبوع .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

النعاس الشديد وهو مصطلح واسع ، ويشمل التشخيص ، والأعراض الكمية المفرطة من النوم (على سبيل المثال ، مدد النوم الليلي أو غير الطوعي ، والنوم أثناء النهار) ، ونوعية تدهور حالات اليقظة (أي النزوع للنوم أثناء اليقظة ، كما يتضح من صعوبة الاستيقاظ ، أو عدم القدرة على البقاء مستيقظاً عند الحاجة) ، ومع جمود النوم (أي فترة ضعف الأداء ، وتخفيض اليقظة التالية للاستيقاظ من النوم العادي / المصحوب بحلقة اضطراب أو غفوة) (A) .

أما الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب، فقد يغفو بسرعة وتنعدم لديهم كفاءة النوم الجيد (< ٩٠ ٪) . وقد يكون لديهم صعوبة في الاستيقاظ في الصباح الباكر ، وأحيانا يترافق مع ظهور خلط مشترك مع اضطراب النوم غير الثابت ، وهذا الانخفاض لفترة طويلة ، يتم من خلال الانتقال من (اليقظة إلى النوم ثم إلى اليقظة) وغالباً ما يشار إليه باسم الجمود النومى (خدر النوم) والذى يُمكن أن يحدث أيضاً عند الاستيقاظ من قيلولة النهار .

وخلال تلك الفترة ، يبدو الفرد مستيقظاً ، ولكن مع انخفاض في البراعة الحركية ، وقد يصدر عنه سلوك غير لائق جدا ، مع وجود عجز في الذاكرة ، إضافة

إلى الارتباك في الزمان والمكان ، وقد تحدث مشاعر الترنح فى المشى . وقد تستمر هذه الفترة ، من بعض دقائق إلى ساعات .

ومع استمرار الحاجة إلى النوم ، ما يمكن أن يؤدي إلى سلوك تلقائي (عادة روتينى جدا ، من النوع منخفض التعقيد) وعلى سبيل المثال ، قد تجد الأفراد أنفسهم بعد تحركهم عدة أميال ، إلا أنهم قد يعتقدون أنهم ، غير مدركين بصورة " تلقائية " للقيادة كم فعلوه في الدقائق السابقة .

وبالنسبة لبعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب النعاس الشديد ، فإن حلقة النوم الرئيسة (بالنسبة لمعظم الأفراد ، الذين يعانون من النعاس الشديد) لمدد تصل إلى (٩ ساعات أو أكثر) . ومع ذلك ، فإن اضطراب النوم - في كثير من الأحيان - يتبع النظام الغير صحى ، مع صعوبة فى الاستيقاظ في الصباح ، وذلك بالمقارنة مع غيرهم من الأفراد مع اضطراب النعاس الشديد .

أما حلقة النوم الرئيسة من النوم الليلي المعتاد فتتراوح ما بين (٦-٩ ساعات) . ويتميز النعاس المفرط - في هذه الحالات - فى فترة القيلولة ، والتى عادة ما تكون طويلة نسبيا (غالباً ما تدوم ساعة أو أكثر) ، والأفراد مع النعاس الشديد فى القيلولة بغض النظر عن مدة النوم الليلي . وقد لا يتم الإبلاغ عن نوعية النوم الذاتية بأنها جيدة . ويشعر الأفراد عادة بالنعاس على مدى فترة من الزمن ، بدلا من المعاناه من هجوم " النوم المفاجئ " وقد تحدث نوبات النوم غير المقصود عادة نتيجة للتحفيز المنخفض ، وحالات انخفاض النشاط (على سبيل المثال ، عند حضور المحاضرات ، والقراءة ، ومشاهدة التلفزيون ، أو القيادة لمسافات طويلة) ، ولكن في الحالات الأكثر شدة التي يمكن أن يظهروا اهتماماً بالغاً فى حالات مثل : في العمل ، في الاجتماعات ، أو في اللقاءات الاجتماعية .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis ،

يرتبط بالتشخيص كل من : النوم الغير صحى ، والسلوك التلقائي ، وصعوبات الإستيقاظ في الصباح ، وجمود النوم العميق ، وعلى الرغم من أن هذا الاضطراب شائع في النعاس الشديد ، فيمكن أيضاً أن ينظر إليه في مجموعة متنوعة من الشروط ، بما في ذلك تقارير النوم لحوالي ٨٠ ٪ من الأفراد مع النعاس الشديد ، بأن نومهم غير

صحى ، كما يعاني العديد منهم من صعوبات الاستيقاظ في الصباح . وجود النوم ، رغم أنه أقل شيوعاً (حيث لوحظ في ٣٦ ٪ -٥٠ ٪ من الأفراد الذين يعانون من اضطراب النعاس الشديد) ، وهي نسب محدودة للغاية . رغم قصر مدة القيلولة (لمدة أقل من ٣٠ دقيقة) .

وغالباً ما يظهر النعاس الشديد مع الأفراد ، والذين ربما يغفوا في انتظار الطبيب ، كما تبين أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب النعاس الشديد لديهم تاريخ عائلي ، ولديهم أيضاً أعراض اضطراب الجهاز العصبي اللاإرادي ، بما في ذلك الصداع الوعائي من النوع المتكرر ، مع تفاعل الأوعية الدموية الطرفية (ظاهرة رينود) ، والإغماء . [1]

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : يمكن أن يعبر النعاس الشديد عن زيادة مؤقتة بسبب الإجهاد النفسي وتعاطي الكحول ، لكنها لم توثق تعجيل عوامل المخاطر البيئية . وقد تم الإبلاغ عن أن العدوى الفيروسية قد تسبق ، أو ترافق النعاس الشديدة في حوالي ١٠ ٪ من الحالات .

ويمكن أن تتطور العدوى الفيروسية ، مع النعاس الشديد ، بعد الإصابة مثلاً : بالالتهاب الرئوي ، وفيروس نقص المناعة البشرية ، ونقص عدد كريات الدم البيضاء ، ومتلازمة غيان باريه [2] ، ويمكن أيضاً . للنعاس الشديدة يمكن أن يظهر أيضاً من ٦-١٨ شهرا التالية .

---

(١) (ظاهرة رينود) /renod/، هي اضطرابات وعائية تشنجية تسبب تلون الأصابع وأصابع القدمين، وأحيانا غيرها من أجزاء الجسم . وهذه الحالة يمكن أيضا أن تسبب هشاشة الأظافر مع حروف طولية. سميت على اسم الطبيب الفرنسي موريس رينود-1834) (1881، ويعتقد أن هذه الظاهرة نتيجة للتقلصات الوعائية التي تسبب في انخفاض امدادات الدم إلى المناطق المعنية. وتسبب الضغط النفسي والعاطفي والبرودة هي من المسببات الأساسية لهذة الظاهرة.

(٢) متلازمة غيلان باريه (Guillain-Barré syndrome) ويطلق عليها أيضاً اسم التهاب الأعصاب الحاد المزيل للنخاعين) وهو اعتلال عصبي متعدد مكتسب متناظر-

المخاطر الجينية والفسيولوجية : وقد يعود النعاس الشديد إلى العامل الوراثى / العائلي ، مع أعراض جسمية مهيمنة تتعلق بهذ العامل الوراثى .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاختلافات المعيارية للنوم : تختلف مدة النوم " العادي" اختلافا كثيراً مع عموم البشر . ويحتاج الأفراد إلى قدر أكبر من متوسط كمية من النوم ، وليس إلى النعاس المفرط ، أو إلى جمود النوم .

وتفيد التقارير أن النوم قد يكون منعشا ، إذا تم تلبية المطالب الاجتماعية ، أو المطالب المهنية ، التى قد تؤدي إلى تقصير مدة ساعات النوم الليلي ، والتى تظهر أعراضها فى صورة وهن أثناء النهار .

وعلى النقيض من ذلك ، في اضطراب النوم المفرط ، فإن أعراض النعاس المفرط قد تحدث بغض النظر من مدة النوم الليلي . أما إذا كان وقت النوم الليلى غير كافي ، أو ناجماً بصورة سلوكية عن متلازمة النوم غير الكافي ، والذى يُمكن أن تنتج أعراض النعاس أثناء النهار ، والمشابهة جدا للنوم المفرط .

أما متوسط مدة النوم الأقل من ٧ ساعات في الليلة ، فتشير بقوة إلى عدم كفاية النوم الليلي ، كما أن متوسط أكثر من ٩-١٠ ساعات النوم في فترة ٢٤ ساعة ، توحي بالنوم المفرط . كما يلجأ الأفراد مع عدم كفاية الليلي النوم عادة إلى " اللحاق" مع فترات - النوم لفترة أطول - في الأيام التى تخلو من المطالب الاجتماعية أو المهنية أو في أيام العطلات .

=يصيب الجذور العصبية ثم ينتقل لإصابة الأعصاب المحيطية. ويصيب كل الأعمار ولكن يزداد حدوثه لدى الأطفال، يؤدى لشلل في الأجزاء المصابة ثم يمتد لجميع أجزاء الجسم ففي هذه المرحلة من الالتهاب الحاد للأعصاب يؤدي المرض إلى إزالة النخاعين وهو الغشاء المحيط بالأعصاب، وعادةً يبدأ على مستوى الجذور العصبية ثم يمتد للأعصاب المحيطة (وقد يشمل الأعصاب القحفية والجسمية والذاتية) .

وعلى عكس النوم المفرط ، وعدم كفاية النوم الليلي ، فمن غير المرجح أن تستمر الحالة بلا هوادة على مدى طويل . كما لا ينبغي تشخيص النوم المفرط ، فى حالة وجود اضطرابات .

وإذا كان هناك سؤال حول مدى كفاية مدة النوم الليلي ، من الزاوية التشخيصية والعلاجية لفترة من اضطراب النوم تمتد من ١٠-١٤ يوما في كثير من الأحيان ، ما ينبغى معه إقرار التشخيص .

سوء نوعية النوم والتعب : وينبغي التمييز بين اضطراب النوم المفرط / عنه من النعاس المفرط المتصل بعدم كفاية كمية النوم أو نوعية التعب (أي ، التعب لا يزول بالضرورة عن طريق زيادة النوم) . كما يصعب التفريق بين النعاس المفرط / والتعب وربما يحدث تداخل كبير بينهما .

إضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس : الأفراد مع النوم المفرط / والتنفس ذات الصلة قد يشكل اضطرابات أنماط النوم المماثلة للنعاس المفرط . والاستنشاق ذات صلة باضطرابات النوم من قبل رصد تاريخ من الشخير بصوت عال ، أو توقف في التنفس أثناء النوم ، وإصابات الدماغ ، أو أمراض القلب ، وأمراض الأوعية الدموية بسبب السمنة ، والتشوهات التشريحية بالفم والبلعوم ، وارتفاع ضغط الدم ، أو قصور القلب الناتج عن الفحص البدني .

وتؤكد الدراسات وجود انقطاع التنفس ، وحوادث في الاستنشاق ذات الصلة باضطرابات النوم (والمسهمة في اضطراب النعاس الشديد) . كما ترتبط اضطرابات إيقاع الساعة البيولوجية باضطرابات النوم واليقظة .

وغالباً ما يتميز إيقاع الساعة البيولوجية باضطرابات النوم واليقظة بالنعاس أثناء النهار .

وهناك تاريخ من جدول النوم واليقظة غير الطبيعي (مع ساعات التحول غير النظامية) والتى تؤثر فى إيقاع الساعة البيولوجية ، واضطرابات النوم .

عرض باراسومنياس :[1] باراسومنياس نادراً ما ينتج عنه عائق فى النوم الليلي / أو النهارى ، كما يتميز باضطراب النعاس الشديد .

---

(١) اضطراب باراسومنياس هو مجموعة من اضطرابات النوم التي تتميز بحركة غير عادية ، وبالتصور، والسلوك والأحلام ، وذلك حين يكون الشخص ما بين مختلف مراحل النوم أو الاستيقاظ من النوم .

الاضطرابات النفسية الأخرى : يجب التمييز بين الاضطراب العقلي الناتج عن النعاس الشديد ، والاضطرابات التي تشمل النعاس الشديد بوصفها سمة أساس أو مرتبطة به . وعلى وجه الخصوص ، فقد تحدث شكاوى من النعاس خلال النهار ضمن حلقة إكتئاب ، مع ميزات شاذة ، أو مع الاكتئاب في مرحلة من الاضطراب الثنائي القطب . ويتم تقييمها لغيره من الاضطرابات النفسية ، وهو أمر ضروري قبل تشخيص اضطراب النعاس الشديدة . إلا أنه يمكن تشخيص النعاس الشديد ، في ظل وجود اضطراب إضطراب عقلى حالي أو اضطراب ماضي .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يمكن أن تترافق اضطرابات الاكتئاب مع اضطرابات القطبين (من خلال اكتئاب) ، والاضطراب الاكتئابي ، مع النمط الموسمي . كما يتعرض العديد من الأفراد لاضطراب النعاس الشديد ، كما قد يعانوا من أعراض الاكتئاب البسيط / والتي قد تلبي معايير اضطراب الاكتئاب . وهذه الأعراض قد تكون ذات صلة بالعواقب النفسية والاجتماعية للاستمرار فى النوم .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب فرط النعاس أيضاً ، فهم في خطر من التعرض لاضطرابات تتعلق بالجوهر ، وخاصة فيما يتصل بالتطبيب الذاتي مع المنشطات .

وهذا النقص العام في تلك الخصوصية قد يُسهم في ملامح غير متجانسة جدا فى الأعراض التي تلبي نفس معايير تشخيص اضطراب النعاس الشديد ، والذى يرتبط كذلك مع أعراض الأمراض العصبية ، مثل مرض الزهايمر ، ومرض باركنسون ، وضمور النظام العصبي المتعدد ، ويمكن أيضاً أن تكون مرتبطة مع النعاس الشديد .

إضطرابات حالة الخدار Narcolepsy :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . فترات متكررة من حاجة للنوم لا يمكن كبتها ، وتؤدى إلى النوم ، أو القيلولة والتي تحدث في نفس اليوم . وقد تحدث هذه لمدة ثلاث مرات على الأقل في الأسبوع على مدى الأشهر الثلاثة الماضية .

B . وجود واحد على الأقل مما يلي : -

١.نوبات انفعالية ، ُتعرف بأنها إما (أ) أو (ب) ، والتي تحدث على الأقل عدة مرات في الشهر : -

أ . الأفراد الذين يعانون من المرض منذ فترة طويلة ، أو وجيزة (ثانية إلى دقائق) من الحلقات الثنائية المفاجئة من قوة العضلات مع الحفاظ على الوعي ، والتي قد ُتعجل بالضحك أو المزاح .

ب . في الأطفال أو الأفراد في غضون ٦ أشهر من بداية ، التجهم العفوية ، أو مع حلقة مع لجلجة اللسان أو نقص فى توتر فتح الفك ، دون أي عوارض عاطفية واضحة .

٢. نقص الهيبوكريتين ، والتى يتم قياسها باستخدام السائل النخاعي (CSF) ويشير الهيبوكريتين إلى القيم المناعية (أقل من أو يساوي ثلث القيم التي يتم الحصول عليها في اختبار الأصحاء باستخدام نفس آليات الفحص ، أو أقل من أو يساوي ١١٠ جزء من مل / جرام) . ويجب ألا ملاحظة مدى انخفاض مستويات CSF الهيبوكريتين في سياق إصابة الدماغ الحادة ، والالتهابات ، أو العدوى .

٣. تبين دراسة النوم الليلي حركة العين السريعة (REM) من فترة كمون النوم لأقل من أو يساوي (١٥ دقيقة) ، أو اختبار الكمون المتعدد للنوم ، ويعني الكمون (النوم أقل من أو يساوي (٨ دقائق) واثنين أو أكثر من فترات النوم ، مع ظهور REM .

تحديد ما إذا كان : -

- ❖ (G47.419) وجود خدار دون انفعال ، ولكن مع نقص الهيبوكريتين : كمتطلبات للمعيار B والذى يشير إلى انخفاض الهيبوكريتين CSF / فى مقابل المستويات الإيجابية لدراسة النوم ، والكمون المتعدد ، باستخدام اختبار النوم ، ويتم ذلك بدون وجود مظاهر انفعالية (B1 لم يتم تشخيصه) .
- ❖ (G47.411) وجود خدار مع مظاهر انفعالية ، ولكن من دون نقص الهيبوكريتين : وهذا النوع الفرعي نادراً مايحدث (أقل من ٥ ٪ من حالات الخدار) ويستوفى متطلبات المعيار B ، ولكن مع مستويات الهيبوكريتين العادية (B2 لم يتم تشخيصه) .

- ❖ (G47.419) العوامل الجسمية المهيمنة ، مع ترنح المخيخ ، والصمم ، والخدار : ويتسبب هذا النوع الفرعي من قبل / الحمض النووي أكسون 21 (السيتوزين) الناقل لطفرات الميثيل ، والذى يتميز بتأخر ظهوره مع (سن ٣٠-٤٠ عاما) أما الخدار (مع انخفاض أو CSF المتوسط لمستويات الهيبوكريتين) ، فيؤدى إلى الصمم ، وترنح المخيخ ، وفي النهاية إلى الخرف .
- ❖ (G47.419) الأعراض الجسمية المهيمنة هى : الخدار ، والسمنة ، ومرض السكري من النوع 2 ، وانخفاض مستويات CSF من الهيبوكريتين ، وذلك في حالات نادرة ، والتى ترتبط مع طفرة قليلة من بروتين المايلين سكري الجينات[1] .
- ❖ (G47.429) الخدار الثانوي إلى حالة طبية أخرى : هذا النوع الفرعي الثانوي هو الخدار الذي يتطور لظروف طبية (على سبيل المثال ، داء ويبل ، والساركويد) ، الصدمة ، أو تدمير الورم من الخلايا العصبية .

الترميز مذكرة (لرمز ICD-9-CM 347.10 فقط) : كود أول حالة طبية الكامنة (على سبيل المثال ، ٠٤٠,٢ مرض ويبل ؛ الخدار الثانوية للمرض ويبل) .

تحديد شدة الحالة : -

١. خفيف انفعالية نادرة (أقل من مرة في الأسبوع) ، والحاجة إلى القيلولة مرة واحدة فقط أو مرتين في اليوم الواحد ، من اضطراب النوم الليلي .
٢. معتدل : أيام قليلة انفعالية يوميا مرة واحدة أو يومياً ، مع ظهور اضطراب النوم الليلي ، وتحتاج لبرامج العمل الوطنية .

---

(١) (الميلين) مادة عازلة كهربائيا، وتشكل طبقة، غمد المايلين، ويشكل محور الخلايا العصبية . وهو ضروري لحسن سير العمل في الجهاز العصبي . وهو نوع من الخلايا الدبقية . وينتج غمد النخاعين ، ويبدأ تكون الميالين في البشر فى الأسبوع ١٤ من نمو الجنين ، وعلى الرغم من وجود القليل المايلين في المخ عند الولادة .في مرحلة الطفولة، إلا أنه يحدث تكون الميالين بسرعة، مما يؤدي إلى نمو الطفل بسرعة، بما في ذلك الزحف والمشي في السنة الأولى .يستمر تكون الميالين من خلال مرحلة المراهقة من الحياة .

٣. شديد : وهو مقاوم للأدوية الانفعالية مع هجمات متعددة يوميا ، والنعاس الثابت تقريبا ، واضطراب النوم الليلي (أي الحركات ، والأرق ، والأحلام المزعجة) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

المميزات الأساس من النعاس في الخدار هي القيلولة المتكررة أو هفوات في النوم : ويحدث النعاس عادة بصفة يومية ، ولكن يجب أن يحدث على الأقل ثلاث مرات في الأسبوع لمدة (٣ أشهر) على الأقل (المعيار A) . وينتج الخدار عموما ظواهر انفعالية ، والتي عادة عبارة عن نوبات قصيرة (ثانية إلى دقائق) تتحول من السكون المفاجئ ، إلى فقدان العضلات الثنائية ، والتى 'تعجل من ظهور العواطف الواضحة ، مثل الضحك والمزاح . وقد يشمل ذلك العضلات المتصلة بالرقبة والفك والذراعين والساقين ، أو الجسم كله ، مما يؤدى إلى التمايل ، وسقوط الفك ، أو السقوط الكامل .

الأفراد مع الظواهر الانفعالية : لتلبية المعيار (A) ، والذى يجب أن يُسبب انفعالية ما قبل الضحك أو المزاح ،والذى يجب أن يحدث على الأقل بضع مرات في الشهر عندما يكون الشرط غير معالج أو في الماضي .

وينبغي عدم الخلط بين انفعالية الضعف التي تحدث في سياق رياضي وأنشطة (فسيولوجية) أو بين المشغلات العاطفية غير عادية مثل الإجهاد أو القلق (مما يمكن ضمه إلى علم النفس المرضي) .

وقد تستمر الحلقات ساعات أو أيام ، والتى ليست ناجمة عن العواطف ، ومن غير المرجح أن تكون انفعالية ، وغير شائعة / مثل الارتماء على الأرض ، وهو يضحك بهستيريا .

وإذا ظهرت الأعراض فى البداية لدى الأطفال ، فيمكن أن تكون حقيقية ، وانفعالية شاذة ، والتي تؤثر في المقام الأول على الوجه ، مما قد يسبب التجهم أو فتح الفك مع لجة اللسان . وبدلا من تلك المظاهر الانفعالية ، وقد تظهر نسبياً نقص درجة التوتر المستمر ، مما قد يُسفر عن تذبذب فى المشي . وفي هذه الحالات . فإن المعيار (B) يمكن أن يتحقق في الأطفال أو فى الأفراد في غضون (٦ أشهر) من البداية التى تتسم بالسرعة .

وغالباً ما تكون النتائج انفعالية دائما ، نتيجة فقدان الهيبوكريتين الطائي (أوريكسين) ، كما قد تتسبب الخلايا المنتجة ، في نقص الهيبوكريتين (أقل من أو يساوي ثلث قيم السيطرة ، أو (١١٠) جزء من مل / جرام في معظم المختبرات) . أما فقدان الخلية للمناعة الذاتية المرجح ، فإن حوالي ٩٩ ٪ من المصابين يحملون * HLA- DQBI 02 : 06 (مقابل ١٢ ٪ -٣٨ ٪ من شيوع الأعراض) . وبالتالي ، يتم التحقق من وجود DQB1 * 06 : 02 قبل البزل القطني بهدف تقييمه من CSF الهيبوكريتين .

أما المستويات المنخفضة من CSF الهيبوكريتين - ١ فيحدث دون ظواهر انفعالية ، لا سيما في الشباب الذين قد تتطور معهم الحالة إلى أعراض انفعالية فى وقت لاحق ، ويمثل الهيبوكريتين -١ ، باستثناء ظروف عصبية قاسية مرتبطة (الالتهابات المعدية ، والصدمات النفسية) المتداخلة .

ويمكن أيضاً أن يعقب دراسات النوم الليلية MSLT استخدامها لتأكيد التشخيص (B3) . وهذه الاختبارات يجب إجرائها بعد توقف الفرد عن جميع الأدوية العقلية ، وبعد (أسبوعين) من وقت النوم الكافي (كما وثقت مع يوميات النوم) .

وباختصار فإن حركة العين السريعة (REM) ومرحلة الكمون (فترة النوم REM فتصل إلى أقل من أو يساوي ١٥ دقيقة) ويكفي لتأكيد التشخيص - من خلال دراسة النوم - بأن يلتقي المعيار B3. بدلا من ذلك ، ويجب أن يشير MSLT إلى نتيجة إيجابية ، مما يدل على استثثار النوم لأقل من أو يساوي ٨ دقائق واثنين أو أكثر من النوم ، مع ظهور فترات REM (٤ : ٥٦) فى فترة القيلولة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

وقد يحدث النعاس الشديد ، نتيجة لتلك السلوكيات التلقائية ، مع استمرار الأنشطة الفردية شبه التلقائية (له / أو لها) ، ويعانى ما يقرب من ٢٠ -٦٠ ٪ من الأفراد من نمو الهلوسة التنويمية ، قبل أو عند السقوط وهو نائم ، وقد تتبع الهلوسة فترة الاستيقاظ . وتختلف أعراض الهلوسة (من الأقل وضوحا / إلى نشاط عقلي مع بداية النوم ، والتي تحدث في صورة عوارض طبيعية . كما تتكرر الكوابيس والأحلام أيضاً متكررة مع الخدار ، كما هى فى اضطراب السلوك النومى REM ، وذلك مع

ما يقرب من (٢٠-٦٠ ٪) من الأفراد في صورة شلل النوم كتجربة على النوم أو اليقظة ، وذلك رغم أن الفرد قد يكون مستيقظا لكنه غير قادر على التحرك أو الكلام . ومع ذلك ، فإن العديد من الذين ينامون بصورة عادية أيضاً ، قد يقرروا حالة شلل النوم ، خاصة مع الإجهاد أو الحرمان من النوم ، والذى قد يصاحبه الأكل الليلي ، والذى تشيع معه السمنة .

اضطراب النوم الليلي مع الاستيقاظ الطويل أو القصير المتكرر هو الشائع ويمكن أن يظهر معه الأفراد بالنعاس أو النوم في صالة الانتظار أو أثناء الفحص السريري . وخلال الحالة الانفعالية ، قد يتراجع الأفراد على كرسي وقد يحدث كلام مُدغم ، أو تدلى الجفون . إذا كان الطبيب لديه الوقت للتحقق من ردود الافعال خلال الحالة الانفعالية (معظم الهجمات أقل من ١٠ ثوان) .

معدل الانتشار Prevalence :

يؤثر الخدار الانفعالى نسبة عالية (٠,٠٢ -٠,٠٤ ٪) من عامة السكان في معظم البلدان ، كما يؤثر الخدار على كلا الجنسين ، مع احتمال رجحان طفيف لدى الذكور .

التنمية والدورة Development and Course :

يبدأ الخدارالإنفعالى عادة في الأطفال والمراهقين الشباب ، والبالغين ، ولكن نادرا ما يظهر في البالغين الأكبر سنا . وتم اقتراح قمتين لبدايته الأولى (في سن ١٥-٢٥ سنة) والأخرى الذين تتراوح أعمارهم (٣٠-٣٥ سنة) . ويمكن يمكن أن تكون بدايته مفاجئة ، أو بصورة تدريجية (أكثر من سنة) .

أما الشدة الأعلى له فتتضح عند ظهوهر المفاجئ في الأطفال ، ثم يتناقص مع التقدم في العمر أو مع العلاج ، بحيث يبدو مثل الأعراض الانفعالية ، والتى يمكن أحيانا أن تختفي . كما يمكن أن تظهر بشكل مفاجئ في الشباب ، والأطفال قبل سن البلوغ ، ويمكن أيضاً أن تترافق مع البدانة والبلوغ المبكر ، والنمط الظاهري على نحو أكثر تواترا .

وقد لوحظ الخدار الانفعالى منذ عام ٢٠٠٩ لدى المراهقين ، وقد تكون بدايته أكثر صعوبة فى تشخيصه وتحديده . وغالباً - في البالغين - ما يكون غير واضح بما يُصعب تشخيصه .

الإبلاغ عن بأن النعاس كان مفرطاً منذ ولادته : بمجرد أن يتجلى لدى الفرد الاضطراب ، وبالطبع يستمر ذلك مدى الحياة في ٩٠ ٪ من الحالات ، وتظهر الأعراض الأولى للنعاس أو بزيادة النوم ، يليه أعراض انفعالية (في حدود ١ في السنة ٥٠ ٪ من الحالات ، في غضون ٣ سنوات في ٨٥ ٪) . ويشمل النعاس ، أعراض تنويمية ، هلوسة ، والحلم حية ، واضطراب السلوك النومى REM (حركة المفرطة أثناء النوم REM) وهي أعراض تحدث في وقت مبكر . ويتسم النوم المفرط بعدم القدرة على البقاء مستيقظا خلال النهار ، والحفاظ على نوم جيد في الليل ، من دون زيادة واضحة في الحاجة للنوم لمدة ٢٤ ساعة .

وفي الأشهر الأولى ، قد يكون يعانى الفرد بمظاهر انفعالية شاذة ، ولا سيما في الأطفال . وعادة ما يتطور شلل النوم لدى الأطفال المصابين حول بداية السن السابق للبلوغ . وتشير أعراض التفاقم إلى عدم الامتثال مع الأدوية أو تطوير من اضطراب النوم المتزامنة ، ولا سيما النوم أثناء توقف التنفس .

يعانى الأطفال الصغار والمراهقين من حالة الخدار ، وغالباً ما يؤدى العدوان أو السلوكي مشاكل ثانوية يتصل بالنعاس أو اضطراب النوم ليلا ، أو بعبء العمل وزيادة الضغط الاجتماعى من خلال المدارس الثانوية والكليات ، مما قد يقلل من وقت النوم ليلاً . والذى قد تهدأ بعد سن تقاعد الأفراد ، والذى ما يوفر الفرصة للقيلولة ، وتقليل الحاجة للمنشطات .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : يتصف الفرد مع باراسومنياس ، بظهور أعراض مثل صريف الأسنان مع اضطراب النوم فترة النوم ، وسلوك REM (حركة العين أثناء النوم) وسلس البول ، والتى قد تكون أكثر شيوعاً في الأشخاص الذين يصابون بالخدار . والذى يقرر فيه الأفراد أنهم بحاجة إلى مزيد من النوم مثل أفراد الأسرة الآخرين .

المخاطر البيئية : تحدث فى المجموعة (A) التهابات عقدية بالحلق ، والأنفلونزا ، أو الإتهابات الشتوية الأخرى المحتملة نتيجة لضعف عملية المناعة الذاتية ، والذى يتبعها ظهور الخدار بعد بضعة أشهر . كما قد تكون صدمات الرأس والتغيرات المفاجئة في النوم واليقظة والأنماط الأخرى مثل الإجهاد ، والذى قد يُشكل محفزات إضافية .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : أيدت التشيصات أن التوائم الزيجوت بنسب (٢٥ ٪ – ٣٢ ٪) تتطابق مع الخدار .

معدل الانتشار Prevalence :

الخدار يشكل (٢ ٪) في الأقارب من الدرجة الأولى ، ويرتبط بقوة مع الخدار (99 DQB1 06 : 02 (مقابل ١٢ ٪ – ٣٨ ٪) في السيطرة على مواضيع من مختلف المجموعات العرقية ، و٢٥ ٪ في عدد سكان الولايات المتحدة عام . DQB1 03 : 01 ، وقد يحدث تعدد الأشكال داخل خلايا T لمستقبلات ألفا وغيرها من الجينات فى تحوير الجهاز المناعى .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافي Culture-Related Diagnostic issues :

توجد حالات الخدار في جميع المجموعات العرقية وفي العديد من الثقافات . بين أفريقيا الأميركيين ، وأكثر الحالات الحاضر دون انفعالية أو مع انفعالية شاذة ، تعقيد التشخيص ، وخاصة في وجود السمنة وتوقف التنفس أثناء النوم الانسدادي .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

يشير التصوير الوظيفي إلى حدوث اختلال للمؤثرات ، مثل شيوع روح الدعابة ، وتستخدم دراسة النوم اختبار MSLT لتأكيد تشخيص الخدار ، وخصوصا عندما يتم التشخيص الأولى للاضطراب ، وقبل بدء العلاج ، وإذا لم يتم توثيق نقص الهيبوكريتين كيميائيا . ولدراسة النوم يجب أن يتم تطبيق MSLT للفرد الذى لم يظهر أي مؤثرات عقلية ، وبعد أنماط من النوم واليقظة العادية ، ودون العمل بنظام الورديات أو الحرمان من النوم ، وفق ما تم توثيقه .

فترة REM من النوم الحدوث خلال دراسة النوم (النوم REM الكمون أقل من أو تساوي ١٥ دقيقة) هو محددة للغاية (حوالي ١ ٪ إيجابي في الضابطة) ولكن الحساسة معتدل (حوالي ٥٠ ٪) . يعرض نتيجة إيجابية MSLT بمتوسط الكمون النوم أقل من أو يساوي ٨ دقائق ، وفترات النوم REM الظهور في اثنين أو مزيد من القيلولة في اختبار أربعة أو خمسة قيلولة . نتيجة MSLT إيجابية في ٩٠ ٪ -٩٥ ٪ من الأفراد يعانون من حالة الخدار مقابل ٢ ٪ -٤ ٪ من الضابطة أو الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم الأخرى .

وغالباً ما تشمل النتائج إضافية الآثارات متكررة ، انخفضت كفاءة النوم ، وزيادة ١ مرحلة النوم . حركات الأطراف الدورية (وجدت في حوالي ويلاحظ في كثير من الأحيان ٤٠ ٪ من الأفراد يعانون من حالة الخدار) وتوقف التنفس أثناء النوم .

ويتجلى نقص الهيبوكريتين عن طريق قياس CSF الهيبوكريتين -١ المناعية . وهذا الاختبار مفيد بشكل خاص في الأشخاص الذين يعانون اضطراب يشتبه أن يحدث له تحويل ، ولكن دون انفعالية نموذجية ، أو في حالات المعالجة الحرارية .

أما القيمة التشخيصية للاختبار أنه لا يتأثر بالأدوية ، أو بالحرمان من النوم ، ولكن النتائج تكمن عندما يكون الشخص مريضا بشدة مع العدوى المتزامنة ، أو مع صدمات الرأس ، أو إذا كان في حالة غيبوبة .

ويشير علم الخلايا CSF ، إلى ضرورة أن يكون البروتين ، والجلوكوز ضمن المعدل الطبيعي حتى عندما يتم أخذ العينات في غضون أسابيع قليلة من بدايته . وفي هذه الحالات فإن CSF الهيبوكريتين -١ الوليد عادة - بالفعل - يتقلص جدا أو لا يمكن الكشف عنه .

العواقب الوظيفية من الخدار

Functional Consequences of Narcolepsy :

يعانى قائدى السيارات ، والعاملين من ضعف والتى قد تمتد إلى الخدار ، وينبغي على الأفراد الذين يعانون من حالة الخدار تجنب الوظائف التي تضع نفسها (على سبيل المثال ، سواقة السيارات ليلاً ، أو العمل مع الآلات) أو غيرها (على سبيل المثال ، سائق حافلة ، الطيار) حتى يتجنبوا الخطر . والأفراد غير المعالجين من الخدار ، هم أيضاً في خطر العزلة الاجتماعية ، أو التسبب فى إحداث إصابة عرضية لأنفسهم

أو للآخرين . وقد يعانوا من ضعف العلاقات الاجتماعية ، حيث يسعى الأفراد جاهدين لتجنب الجوانب الانفعالية من خلال ممارسة السيطرة على العواطف .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

يتشابه النعاس الشديد والخدار فيما يتعلق بدرجة النعاس أثناء النهار : والتى تبدو مستقرة في بداية الحالة ، وعلى مر الزمن يمكن تمييزها بناء على المظاهر السريرية والمخبرية المميزة لها . ويعانى الأفراد مع النعاس الشديد عادة ما يرتبط بعطل النوم الليلي ، وصعوبة أكبر الاستيقاظ ، كما لوحظ بأن النعاس أثناء النهار أكثر ثباتا (في مقابل تميزاً أكثر " لهجمات النوم الأطول " وفق حالة الخدار) ، وهو يبدو أقل انتعاشاً ، خلال حلقات النوم النهارى ، ولا يحلم أثناء القيلولة . على النقيض من ذلك ، فإن الأشخاص الذين يعانون من حالة الخدار لديهم جوانب إنفعالية وإختراقات متكررة لعناصر من النوم REM في التناوب بين النوم واليقظة (على سبيل المثال ، الهلوسة المرتبطة بالنوم وشلل النوم) . وعادة MSLT ما ترتبط باختفاء النوم القصير (أي أكبر مدة نعاس فسيولوجي) وكذلك جود عدة فترات REM من النوم الذى يحدث في الأشخاص الذين يعانون من حالة الخدار.

الحرمان من النوم وعدم كفاية النوم الليلي : الحرمان من النوم وعدم كفاية النوم الليلي شائعة في المراهقين والعاملين بنظام النوبات . في المراهقين ، والصعوبات النوم في الليل شائعة ، مما تسبب الحرمان من النوم . قد تكون نتيجة MSLT إيجابية إذا أجريت في حين أن الفرد هو الحرمان من النوم أو أثناء النوم له أو لها هو المرحلة تأخير .

توقف التنفس أثناء النوم المتلازمات : ومن المرجح خصوصا حدوثه مع وجود السمنة . أو بسبب توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي الأكثر تواترا من حالة الخدار ، ويمكن التغاضي عن الجوانب الانفعالية ، كما يفترض أن يتوقف تنفس الفرد أثناء النوم الانسدادي ، والذى لا يستجيب إلى العلاجات المعتادة .

اضطراب اكتئابي : الخدار أو فرط النوم قد يرتبط بالخلط مع الاكتئاب . انفعالية ، وهناك فروق بين النعاس الذاتي والموضوعي ، إذا ما تم قياسه قبل النوم ، خلال مرحلة كمون النوم MSLT .

اضطراب التحويل (وظيفية اضطراب الأعراض العصبية) : الملامح الشاذة ، مثل العوامل الانفعالية أو غير عادية طويلة الأمد ، قد تكون موجودة في اضطراب التحويل (مثل اضطراب الأعراض العصبية الوظيفي) . وقد يقرر الأفراد فيها النوم والحلم ، بعد مرحلة الكمون MSLT والتي لا تظهر بعد فترة REM النوم الكاملة ، وقد يتيح الفحص الطبي ما يكفي من الوقت للتحقق من ردود الفعل ، المرتبطة باضطراب التحويل .

اضطراب نقص الانتباه والمشاكل السلوكية الأخرى : يمكن أن يسبب النعاس مشاكل سلوكية للأطفال والمراهقين ، بما في ذلك العدوانية وعدم الانتباه ، مما قد يؤدي إلى خطأ في التشخيص من اضطراب نقص الانتباه .

النوبات : يبدو الأطفال الصغار ، أكثر انفعالية ، ويمكن أن يُشخص خطأ على أنها النوبات، وعادة لا يضحك أو يمزح أثناء النوبة ، وهم أكثر عرضة لإيذاء أنفسهم عند التعامل مع الأفراد بعنف . وتتميز النوبات المعزولة بندرة مشاهدتها مع النوبات الأخرى .

رقص وحركة الاضطرابات : وتظهر في الأطفال الصغار ، العوامل الانفعالية ، والتي يُمكن تشخيصها خطأ على أنها رقص أو اضطرابات عصبية ونفسية ، والتي ترتبط مع الأطفال بنقص المناعة الذاتية المرتبطة بعدوى العنقودية ، وخاصة في سياق عدوى بكتيريا الحلق وارتفاع (ضد الحالة العنقودية) من مستويات الأجسام المضادة . وقد يعاني بعض الأطفال من اضطراب الحركة المتداخلة من بداية الحالة الإنفعالية .

الفصام : ويحدث في وجود هلوسة تنويمية مزهرة وحية ، ويعتقد بأن هذه التجارب الحقيقية هي الميزة التي تشير الفصام . وبالمثل ، مع العلاج ، قد تنشط أوهام الاضطهاد ، وقد يفترض الطبيب أولا بأنها أعراض الخدار الثانوية ، وذلك / قبل النظر ف التشخيص المشترك التي يحدث نتيجة مرض انفصام الشخصية .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يمكن أن يشارك الخدار في حدوث اضطراب ثنائي القطب ، والاكتئاب ، واضطرابات القلق ، وفي حالات نادرة مع الفصام . ويرتبط الخدار أيضاً مع زيادة

مؤشر كتلة الجسم أو السمنة ، وخصوصا حين لا يتم معالجة الخدار . أما العرض الشائع فهو زيادة الوزن السريع خاصة لدى الشباب والأطفال الذين يعانون من بداية ظهور أعراض المرض المفاجئ . وينبغي النظر في توقف التنفس أثناء النوم المرضي ، خاصة إذا ارتبط بتفاقم مفاجئ في حالة الخدار .

علاقة التصنيف الدولي بإضطرابات النوم : التصنيف الدولي لاضطرابات النوم ، (ICSD-2)[1] ، يميز بين خمسة أنواع فرعية من اضطرابات النوم المتصلة بالتنفس ، وتشمل هذه الفئة اضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس ثلاثة اضطرابات متميزة نسبيا : الانسداد وضعف التنفس / توقف التنفس أثناء النوم المركزية / ونقص التهوية المرتبطة بالنوم .

اضطرابات توقف التنفس أثناء النوم Obstructive Sleep Apnea Hypopnea :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (G47.33) :

A . إما (١) أو (٢) :

١. الأدلة من دراسة النوم لا تقل عن خمس انقطاعات النفس الانسدادي " هيبوبنياس " في ساعة من النوم أو من أعراض النوم التالية : -

أ . اضطرابات التنفس الليلي : الشخير ، ولهث التنفس مؤقتا أثناء النوم .

ب . النعاس أثناء النهار والتعب ، أو النوم على الرغم عدم وجود فرص كافية للنوم الذى لم يتم تفسيره بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلى آخر (بما في ذلك اضطراب النوم) والذى لا يُعزى إلى حالة طبية أخرى .

٢. الأدلة من دراسة النوم من (١٥ أو أكثر) من انقطاعات النفس الانسدادي "هيبوبنياس " لكل ساعة من النوم بغض النظر عن الأعراض الأخرى .

تحديد شدة الحالي : -

- ❖ خفيف : مؤشر ضعف التنفس توقف التنفس أثناء هو أقل من ١٥ مرة .
- ❖ متوسطة : مؤشر ضعف التنفس توقف التنفس أثناء ١٥- ٣٠ مرة .
- ❖ شديد : مؤشر ضعف التنفس توقف التنفس أكبر من ٣٠ مرة .

---

(١) (ICSD-2) الطبعة الثاني من التصنيف الدولي لاضطرابات النوم، الصادر عن منظمة الصحة العالمية .

المحددات Specifiers :

يتم قياس شدة المرض من قبل عدد من عدد من انقطاعات النفس بالإضافة إلى هيبوبنياس في الساعة من النوم (توقف التنفس أثناء مؤشر ضعف التنفس) باستخدام دراسة النوم أو بين عشية وضحاها الرصد الأخرى . وأبلغ شدة الشاملة أيضاً مستويات ليلية عدم التشبع والنوم تجزئة (تقاس الدماغ القشرية تردد الإثارة ومراحل النوم) ودرجة المرتبطة الأعراض وضعف النهار . ومع ذلك ، فإن العدد الدقيق وعتبات قد تختلف وفقا لتقنيات القياس المحددة المستخدمة ، ويجوز لها هذه الأرقام تتغير بمرور الوقت . بغض النظر عن مؤشر ضعف التنفس انقطاع النفس (العدد) في حد ذاتها ، والاضطراب هو تعتبر أكثر شدة عندما تكون مصحوبة ابنياس وهيبوبنياس التي كتبها كبير الأكسجين الهيموغلوبين عدم التشبع (على سبيل المثال ، عندما ينفق أكثر من ١٠٪ من الوقت في النوم مستويات عدم التشبع أقل من ٩٠ ٪) أو عند النوم مجزأة بشدة كما هو مبين من قبل مؤشر الإثارة مرتفعة (مؤشر الإثارة أكبر من ٣٠) أو انخفاض في مراحل النوم العميق (على سبيل المثال ، نسبة المرحلة N3 [بطيئة الخامس النوم في] أقل من ٥ ٪) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ضعف التنفس هو الأكثر شيوعاً اضطرابات النوم المتعلقة التنفس . يتميز نوبات متكررة من العلوي (البلعوم) المنعم يوسف عرقلة (الابنياس / والهيبوبنياس) أثناء النوم .

أما توقف التنفس أثناء الغياب التام لتدفق الهواء ، فيشير إلى ضعف التنفس ، وإلى انخفاض في تدفق الهواء . كما أن كل توقف فى التنفس أثناء أو مع ضعف التنفس يمثل انخفاضا في التنفس (لا يقل عن ١٠ ثوان) لدى البالغين ، والذى عادة ما يرتبط مع الأطفال بقطرات في تشبع الأكسجين من(٣ ٪ أو أكثر) أو مع تخطيط كهربي لاستثارة الدماغ . أو مع كل من الأعراض المرتبطة بالنوم (الليلى) أو بعد وقت النوم الشائع ، أما الأعراض الأساس للانسداد ، فهى توقف التنفس أثناء النوم والشخير ،وضعف التنفس والنعاس النهارى .

يتم تشخيص الانسداد ضعف التنفس / وتوقف التنفس أثناء النوم عند البالغين على أساس النتائج والأعراض، ويستند التشخيص على الأعراض التالية : -

١) اضطرابات التنفس الليلي (أي الشخير ، الشخير يلهث ، التنفس مؤقتا أثناء النوم) .

٢) النعاس أثناء النهار ، والتعب ، أو النوم على الرغم ، من وجود فرص كافية للنوم التي لا يتم شرحها بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، أو التي لا تُعزى إلى حالة طبية أخرى ، جنبا إلى جنب .

٣) أما أدلة دراسات النوم ، فهى تتراوح من خمسة أو أكثر من انسداد / انقطاعات النفس أو هيبوبنياس لكل ساعة من النوم .

ويمكن إجراء التشخيص في غياب هذه الأعراض إذا كان هناك دليل من قبل دراسة النوم (من ١٥ أو أكثر) من انسداد - ابنياس أو هيبوبنياس - لكل ساعة من النوم (A2) .

كما ينبغى إيلاء اهتمام خاص لاضطراب النوم الذى يحدث بالتعاون مع الشخير أو توقف التنفس ، حيث تزيد النتائج المادية من خطر ضعف التنفس الانسدادي ، ومن توقف التنفس أثناء النوم (على سبيل المثال ، هناك حاجة لملاحظة نسب السمنة المركزية ، ومجرى الهواء ، وارتفاع ضغط الدم) للحد من فرصة التشخيص الخاطئ حيث أن تلك الشخوص السابقة يمكن علاجها .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

ترتبط وتيرة الاستيقاظ الليلي بسبب ما يحدث مع توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس ، ويمكن للأفراد الإبلاغ عن أعراض الأرق . أما الأعراض الشائعة الأخرى ، - غير المحددة - فتشمل أعراض توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس وحرقة (زيادة نسبة حموضة المعدة) ، وكثرة التبول أثناء الليل ، والصداع في الصباح ، وجفاف الفم ، وعدم القدرة على الانتصاب ، وانخفاض الرغبة الجنسية . ونادرا ما ، قد يشكو الأفراد من صعوبة في التنفس / حين يرقد مستلقياً فى النوم . وقد يحدث ارتفاع ضغط الدم في أكثر من ٦٠ ٪ من الأفراد الذين يعانون من توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس .

معدل الانتشار Prevalence :

توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ضعف التنفس هو اضطراب شائع جدا ، مما يؤثر على ما لا يقل عن لتر ٪ -٢ ٪ من الأطفال ، ٢ ٪ -١٥ ٪ من البالغين في منتصف العمر ، وأكثر من ٢٠ ٪ من الأفراد الأكبر سنا . في المجتمع العام ، ومعدلات معدل الانتشار دون تشخيص 'تشير إلى توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، وضعف التنفس قد يكون مرتفعاً جدا لدى الأفراد المسنين . وقد يرتبط بقوة مع اضطراب السمنة ، ومع الزيادات في معدلات البدانة ، والتى من المرجح أن تكون مصحوبة بزيادة معدلات الانتشار لهذا الاضطراب .

كما أن معدل الانتشار قد يكون مرتفعاً خاصة بين الذكور وكبار السن ، وبعض الجماعات العرقية ، أما في البالغين ، فإن نسبة الذكور إلى الإناث من توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ضعف توقف التنفس لدى الإناث ، بما يتراوح ما بين (٢ : ٠١ حتى ٠٤ : ٠١) .

كما تبين تراجع الفروق بين الجنسين في سن الشيخوخة ، وربما بسبب وجود زيادة معدلات انتشار المرض في الإناث بعد سن اليأس . إلا أنه لا توجد فروق بين الجنسين بين الأطفال قبل مرحلة البلوغ .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

التوزيع العمري من توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي : أما مرحلة الذروة في الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ٣-٨ سنوات ، فقد تعود إلى التهاب فى البلعوم الأنفي بكتلة كبيرة نسبيا من الأنسجة اللوزية مما يعيق من مجرى الهواء ، مع نمو (تورم) الشعب الهوائية وانحدار من الأنسجة اللمفاوية في وقت لاحق خلال مرحلة الطفولة ، كما قد يزداد معدل انتشار توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ضعف التنفس السمنة في منتصف العمر ، أو دخول الإناث فى سن اليأس ، كما يزداد مرة أخرى مع دورة كبار السن غير الواضحة ، وقد يستقر الاضطراب بعد سن ٦٥ سنة ، ولكنه قد يزداد مع الشيخوخة .

كما قد تقع – عبر المراحل العمرية – انقطاعات من النفس وهيبوبنياس ، والذى يجب تفسير نتائجه في ضوء البيانات السريرية الأخرى . وعلى وجه الخصوص ،

الأعراض السريرية الكبيرة من الأرق أو فرط النوم ، والتى ينبغى معها اتخاذ التشخيص الجيد بغض النظر عن عمر الفرد .

وعادة ما يكون لتوقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس بداية لتطور تدريجي ، وبطبيعة الحال يتم بصورة ثابتة . وعادة ما كان الشخير بصوت عال حاضراً لسنوات عديدة ، وغالباً ما يتم منذ مرحلة الطفولة ، ولكن زيادة حدته قد تدفع الفرد لطلب التقييم .

أما مكاسب الوزن (السمنة) فقد تعجل فى زيادة الأعراض : فعلى الرغم من أن توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس يمكن أن يحدث في أي عمر ، إلا أنه يظهر أكثر شيوعاً بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم (٤٠-٦٠ سنة) وخلال مدة تعايش مع هذا الاضطراب لفترة (٤-٥ سنوات) قد تبلغ متوسط مؤشر الزيادة ، إلى ضعف التنفس وانقطاع النفس لدى البالغين والأفراد الأكبر سنا بحوالي اثنين من (ابنياس هيبوبنياس) فى الساعة الواحدة .

ويرتفع الرقم القياسي لتوقف التنفس أثناء وضعف التنفس بنسب أكبر بين الأفراد من كبار السن ، من الذكور ، أو الذين لديهم مؤشر كتلة الجسم أعلى (السمنة) على معايير خط الأساس (BMI) أو زيادة مؤشر كتلة الجسم مع مرور الوقت .

وقد تم الإبلاغ عن القرار العفوي من توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس مع قلة الوزن ، خاصة بعد إجراء جراحة لعلاج البدانة .

أما لدى الأطفال ، فقد لوحظ التفاوت الموسمي في توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، مع ضعف التنفس ، وكذلك فى نسب تحسن النمو الإجمالي للأطفال الصغار ، وقد تكون علامات وأعراض توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس أكثر غموضاً عند البالغين ، مما يجعل التشخيص أكثر صعوبة للتوصل إلى قرار تشخيصى محدد .

وتفيد دراسات النوم في تأكيد التشخيص على تجزئة النوم ، والذى قد لا يكون واضحاً كما هو الحال في دراسات الأفراد الأكبر سنا ، والتى عادة ما تكون أعراض مثل الشخير وخفض الحساسية . وقد يحدث سلس البول الليلي أيضاً ، أما إذا تكررت

حالات الجفاف الليلى ، فيجب رفع الاشتباه في توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس .

ويمكن للأطفال أيضاً إظهار النعاس المفرط أثناء النهار ، وعلى الرغم من أن هذه الأعراض ليست شائعة كما هى في البالغين ، والتى منها : التنفس من الفم أثناء النهار ، وصعوبة في البلع ، وضعف صياغة الخطاب ، والتى تُشكل سمات مشتركة مع الأطفال ، وغالباً ما تتواجد هذه الأعراض ليلاً مثل انقطاعات النفس يلحظ أو صعوبة في التنفس ، مع الأعراض السلوكية (أي أعراض ليلا هي أكثر وضوحا وأكثر في كثير من الأحيان جلب الطفل الانتباه السريرية) وذلك لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات أخرى .

أما في الأطفال الأكبر سنا فوق خمس سنوات ، فإن أعراض مثل النهار النعاس والمشاكل السلوكية (مثل فرط النشاط والاندفاع) ، نقص الانتباه اضطراب فرط النشاط ، وصعوبات التعلم ، والصداع الصباحى المرتبط بالقلق في كثير من الأحيان .

كما أن الأطفال الصغار الذين يعانون من ضعف التنفس الانسدادي ، وتوقف التنفس أثناء النوم ، قد يظهرون تأخراً في النمو ، والسمنة كعامل خطر أقل شيوعاً ، في حين أن النمو المتأخر قد يكون موجوداً .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : عوامل الخطر الرئيسية لتوقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، وضعف التنفس هي السمنة بين الجنسين . وتشمل حركة الفك العلوي ، والفك السفلي، أو صغر الفك ، والمرتبط بتاريخ عائلي إيجابي من توقف التنفس أثناء النوم ، أما المتلازمات الوراثية التي تقلل من سريان مجرى الهواء (على سبيل المثال ، متلازمة داون ، ومتلازمة تريتشر كولين) [1] وانقطاع الطمث (في الإناث) ، ومختلف متلازمات الغدد الصماء .

---

(١) (متلازمة تريتشر كولينز) ، بالإنكليزية (Treacher Collins syndrome) : تشير إلى خلل تعظم الوجه والفك[1] هي حالة وراثية تؤدي إلى اضطراب في نمو وتطور العظام والعضلات في الوجه .هذه المتلازمة تؤثر على ١ من أصل حوالي ٥٠٠٠٠ شخص، ويرجع ذلك إلى طفرة في جين يعرف باسم .TCOF1 يتم توارثها=

أما المقارنة مع الإناث قبل انقطاع الطمث ، فهي في تزايد خطر لتوقف التنفس أثناء النوم الانسدادي لضعف التنفس ، والتى ربما تعكس تأثيرات تأثير هرمونات الجنس على أجهزة التنفس الصناعي ومراقبة توزيع الدهون في الجسم ، وكذلك بسبب نوع الجنس ، فى علاقته بالاختلافات في بنية مجرى الهواء .

أما أدوية علاج الاضطرابات العقلية والظروف الطبية ، فهى تميل للحث على النعاس ، وقد تفاقم أعراض توقف التنفس أثناء سير هذه الأدوية التى لا تدار بعناية .

توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ضعف التنفس لديه أساس وراثي قوي ، كما يدل على ذلك النسب الوراثية العائلية لمؤشر ضعف التنفس وانقطاع النفس .

أما معدل الانتشار الانسدادي لتوقف التنفس أثناء النوم وضعف التنفس ، وذلك بما يقرب من ضعفي الأقارب من الدرجة الأولى مع توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي / وضعف التنفس بالمقارنة مع أفراد السيطرة الأسر .

وأوضح ثلث " العينة " تباين في مؤشر ضعف التنفس انقطاع النفس من قبل العوامل العائلية المشتركة ، وذلك على الرغم من وجود علامات وراثية ذات قيمة تشخيصية منذرة ، غير المتاحة حتى الآن لربطها بالتاريخ العائلي من توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس ، والتى قد تزيد الاشتباه السريري للاضطراب .

تشخيص القضايا ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic Issues :

هناك احتمال النعاس والتعب وورود أنباء عن مختلف عبر الثقافات : يمكن في بعض الجماعات ، اعتبار الشخير علامة على الصحة وبالتالي قد لا تؤدي إلى المخاوف . والأفراد من أصول آسيوية قد يكونوا في خطر متزايد لتوقف التنفس أثناء النوم الانسدادي على الرغم من ضعف التنفس المنخفض نسبيا كمؤشر لكتلة الجسم ، وربما يعكس تأثير المخاطر القحفية العوامل التي تضيق البلعوم الأنفي .

- بطريقة جسمية قاهرة، وهذا يعني أن الشخص الذي لديه نسخة واحدة من الجينات المعيبة سيكون لها حالة. ومع ذلك، حوالي ٦٠٪ من الحالات تحدث في الأشخاص الذين ليس لديهم تاريخ عائلي نتيجة لطفرات جديدة في الجينات.

القضايا المتعلقة بالتنوع الاجتماعي Gender-Related Issues :

الإناث قد يقرروا أكثر شيوعاً لتلك المظاهر من التعب والنعاس وربما الشخير .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

توفر دراسة النوم البيانات الكمية على تردد من الجهاز التنفسي ، والمرتبطة باضطرابات النوم ، والاضطرابات والتغيرات المرتبطة به في تشبع الأكسجين واستمرارية النوم .

أما النتائج في الأطفال فتختلف عن تلك التى لدى البالغين في إثبات أن الأطفال يعانوا من صعوبة في التنفس ، ونقص التهوية الانسدادي ، والحركات المتناقضة . ويستخدم لقياسها مؤشر ضعف وتوقف التنفس ، أثناء النوم / عند الدرجة المنخفضة ، والتى تصل إلى رقم (٢) لتحديد مستويات عتبات شذوذ اضطراب النوم لدى الأطفال .

تتم قياسات غاز الدم الشرياني للفرد وهو مستيقظا والتى عادة ما تكون طبيعية ، ولكن يمكن لبعض الأفراد لديهم إظهار نقص الأكسجة مما يتسبب فى استيقاظهم فجأة . وقد تكشف إجراءات التصوير عن تضييق مجرى الهواء العلوي . وقد تظهر اختبارات فحوص القلب أدلة على ضعف وظيفة البطين . أما الأفراد الذين يعانون من عدم التشبع الشديد بالأكسجين الليلي ، نتيجة نقص قيم الهيموجلوبين أو الهيماتوكريت .

أما تدابير التحقق من كفاءة عملية النوم (على سبيل المثال ، فهى متعددة وتتصل بمرحلة اختبار كمون النوم [MSLT] ، واختبار حالة اليقظة) .

كما قد تؤدى الآثار الوظيفية إلى الانسداد ، وتوقف التنفس أثناء النوم ، وضعف التنفس لدى أكثر من ٥٠ ٪ من الأفراد الذين يعانون من حالات معتدلة إلى حادة ، ومن ضعف التنفس الانسدادي الذى يؤدى إلى توقف التنفس أثناء النوم ، ويسهم تقرير أعراض النعاس خلال النهار فى كشف تلك الحالات . وهناك خطر زيادة شقين من الحوادث المهنية مع أعراض الشخير والنعاس . حيث تم الإبلاغ عن حوادث تزيد بمقدار سبع مرات أعلى من الأفراد الذين يعانون من ارتفاع مؤشر توقف التنفس أثناء ضعف التنفس . وينبغي أن يشارك الأطباء فى الإبلاغ عن هذا الاضطراب ، وخصوصاً بالنسبة للسائقين . كما ثبت تأثر معايير الجودة ذات الصلة بصحة الأفراد /

مع ضعف التنفس الانسدادي ، وتوقف التنفس أثناء النوم ، كما لوحظت أكبر التناقصات في الأعراض الجانبية الجسدية والحيوية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الشخير واضطرابات النوم الأولية الأخرى : الأفراد مع توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي يجب أن تكون الأغراض لديهم متباينة / عنها لدى الأفراد مع ضعف التنفس مع الشخير الأولي (الأفراد الذين فجأة يشخرون وليس لديهم تشوهات في دراسة النوم بين عشية وضحاها) .

والأفراد مع توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، أو مع ضعف التنفس ، فقد يقدموا تقريراً عن معاناته ليلاً ، من الإحساس بالاختناق . مع ميل إلى النعاس أثناء النهار ، أو أعراض أخرى لا تفسر المسببات الأخرى التى ُتشير إلى تشخيص توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، أو ضعف التنفس ، ولإقرار هذه الأعراض يجب دراسة حالة النوم . ويرتبط التشخيص التفريقي النهائي بين : فرط النوم ، وتوقف التنفس أثناء النوم المركزي (الأساس ليلاً) ، ونقص التهوية المرتبطة بالنوم ، والمرتبط بدراسات ضعف وتوقف التنفس أثناء النوم .

يجب أن يتم التفريق بين إنسداد توقف التنفس أثناء النوم ، أو مع ضعف التنفس وغيرها من أسباب النعاس ، مثل الخدار ، واضطرابات النوم ، وإيقاع الساعة البيولوجية ، وتوقف التنفس المعوق أثناء النوم ، وضعف التنفس ، والذى يمكن أن يكون متبايناً من حالة الخدار بسبب غياب الجوانب الانفعالية ، والهلوسة المرتبطة بالنوم ، وشلل النوم الناتج عن وجود الشخير بصوت عال ، واللهث أثناء النوم ، أو انقطاعات التنفس التي لوحظت أثناء النوم . وحلقات النوم خلال ، وأكثر من ذلك كثيراً هو ما يرتبط مع الحلم .

يظهر انسداد توقف التنفس أثناء النوم ، أو مع ضعف التنفس والمترافق مع نقص الأكسجين ، وعدم التشبع خلال فترة النوم الليلى . وتظهر نتائج الخدار أثناء النوم ، ومع ظهور حركة العين السريعة (REM) خلال فترات الخدار MSLT ، مثل توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، أو ضعف التنفس ، والذى قد يترافق مع السمنة ،

وبعض الأفراد مع الخدار ، ينشأ لديهم لديهم عرقلة متزامنة ، وتوقف التنفس أثناء النوم ، أو ضعف التنفس . ولا يستبعد تشخيص الخدار أثناء توقف التنفس ، أو أثناء النوم الانسدادي ، أو مع ضعف التنفس .

إضطراب الأرق : بالنسبة للأفراد الذين يشكون من صعوبة البدء أو المحافظة على النوم ، أو الاستيقاظ المبكر ، وقد يكون اضطراب الأرق متبايناً من الانسداد ، وتوقف التنفس أثناء النوم ، أو مع ضعف التنفس بسبب غياب الشخير وغياب تاريخ بدء الحالة ، والعلامات ، والأعراض المميزة للاضطراب الأخير .

وقد يعرقل الأرق توقف التنفس أثناء النوم ، أو ضعف التنفس ، وإذا كان الأمر كذلك ، فقد يحتاج الأمر علاج كل الاضطرابات في نفس الوقت لتحسين النوم .

ذعر الهجمات : يمكن أن تشمل نوبات الذعر الليلي أعراض اللهث ، أو الاختناق أثناء النوم ، وقد يكون من الصعب التمييز إكلينيكيا من توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، أو مع ضعف التنفس . ومع ذلك ، فإن تردد أقل من الحلقات ، والإثارة اللاإرادية المكثفة ، وعدم وجود النعاس المفرط المميز لنوبات الذعر الليلي ، مثل توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، وضعف التنفس .

ولا تكشف دراسات النوم في الأشخاص الذين يعانون من نوبات الهلع الليلي والنمط النموذجي من انقطاعات النفس أو عدم التشبع بالأكسجين كسمة من توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ضعف التنفس . ولا يقدم الأفراد مع توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، أو مع ضعف التنفس تاريخا من نوبات الذعر فى النهار .

اضطراب نقص الانتباه : في الأطفال . يمكن أن يشمل أعراض عدم الانتباه ، والضعف الأكاديمي ، وفرط النشاط ، واستيعاب السلوكيات ، والتي قد تكون أيضاً من أعراض مرحلة الطفولة ، مثل اضطراب النوم الانسدادي ، وتوقف التنفس أثناء ضعف التنفس . مع وجود أعراض وعلامات الانسداد أخرى ، وتوقف التنفس أثناء النوم ، وضعف التنفس ، وذلك منذ مرحلة الطفولة (على سبيل المثال ، أو مجاهدة فى التنفس ، والشخير أثناء النوم) والذى يشير إلى وجود انسداد توقف التنفس أثناء النوم ، وضعف التنفس المعوق للفرد .

ويُعد ضعف التنفس ، واضطراب انقطاع التنفس أثناء النوم ، أمراً شائعاً ومرتبط بنقص الانتباه وفرط النشاط ، ويمكن أن تكون هناك روابط سببية بينهما ، وبالتالي ، فإن عوامل الخطر مثل التهاب اللوزتين ، والسمنة ، أو التاريخ العائلي من توقف التنفس أثناء النوم ، قد يساعد على تنبيه الطبيب في حدوثها .

أما المادة التي يسببها الدواء : فهى الأرق أو فرط النوم ، أو تعاطي المخدرات والمواد المخدرة والانسحاب (بما في ذلك الناتج عن الأدوية) والتى يمكن أن تنتج الأرق أو فرط النوم . وعادة ما يكون هناك تاريخ دقيق بما يكفي للتعرف على المواد والأدوية ذات الصلة بالحالة ، وتظهر المتابعة التحسن من اضطراب النوم بعد التوقف عن جوهر الدواء المسبب له .

في حالات أخرى ، يتم استخدام مادة الأدوية (على سبيل المثال الكحول ، الباربيتورات ، البنزوديازيبينات ، وقد تبين التبغ كذلك) ما يؤدى إلى تفاقم الانسداد ، وتوقف التنفس أثناء النوم وضعف التنفس . وتتفق تلك الأعراض والعلامات مع توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس ، والتى ينبغي أن تخدم عملية التشخيص ، وحتى في وجود تعاطي المخدرات المتزامنة التي يمكن أن تؤدى إلى تفاقم الحالة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

ارتفاع ضغط الدم المنتظم : ومرض الشريان التاجي ، وفشل القلب ، والسكتة الدماغية ، ومرض السكري ، جميعها ترتبط بالوفيات ، وباستمرار توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس .

وتختلف تقديرات المخاطر من (٣٠ ٪ لتصل إلى ٣٠٠ ٪) من متوسطة / إلى شديدة ، فى توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس . كما ترتبط بارتفاع ضغط الدم الرئوي وقصور عضلة القلب الأيمن (على سبيل المثال ، قلب رئوي ، أو احتقان الكبد) كحالات نادرة في انسداد توقف التنفس أثناء النوم وضعف التنفس ، كما يرتبط الاعتلال المشترك بمرض شديد جدا ، أو نقص التهوية المرتبط بأمراض القلب المصاحبة . وتوقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس ، والذى قد يحدث أيضاً بالتعاون مع عدد من الحالات الطبية أو العصبية (على سبيل المثال ، الأمراض الدماغية الوعائية / ومرض باركنسون) . وتعكس نتائج الفحوص البدنية مشاركته في حدوث هذه الأعراض .

وما يصل الى ثلث الأشخاص المشار إليهم لتقييم توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، وأعراض الاكتئاب ، أقروا بضعف التنفس ، مع ما يصل من (١٠ ٪) مع وجود عشرات من حالات الاكتئاب المتسقة من : (اكتئاب معتدل / إلى حاد) المترافق مع شدة انسداد توقف التنفس أثناء النوم ، وضعف التنفس ، مقاسا بمؤشر ضعف التنفس وانقطاع التنفس ، والذى قد يكون مرتبطاً بشدة أعراض الاكتئاب . وقد يكون هذا الارتباط أقوى في الذكور أكثر مما لدى الإناث .

التصنيف الدولي للاضطرابات النوم ، الطبعة (ICSD-2) ، يميز بين عدد (١١) من الأنواع الفرعية من " اضطرابات التنفس المرتبطة بالنوم ، " بما في ذلك الابتدائي / والمعتدل من توقف التنفس أثناء النوم ، الانسدادي ، وتوقف التنفس أثناء النوم ، ونقص التهوية المرتبطة بالنوم .

انقطاع النفس أثناء النوم Central Sleep Apnea :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الإثبات من جانب دراسة النوم من خمسة أو أكثر من انقطاعات النفس المركزية لكل ساعة من النوم .

B . لا يفسر هذا الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب النوم الحالي آخر .

تحديد ما إذا كان : -

- (G47.31) مجهول السبب نتيجة توقف التنفس أثناء النوم : وتتميز النوبات المتكررة من انقطاعات النفس وهيبوبنياس أثناء النوم الناجم عن التغير في جهد الجهاز التنفسي ، ولكن من دون دليل على ما يعرقل ذلك .
- R06.3 ستوكس التنفس :[1] وهناك نمط دوري من الاختلاف في (حجم المد والجزر) التي تؤدي إلى انقطاعات النفس المركزية والهيبوبنياس في تردد (لا يقل عن خمسة أحداث في الساعة) مصحوبا بالإثارة المتكررة .

---

(١) ستوكس التنفس هو عملية تشميع وانحسار التنفس، وتتكون من فترات متبادلة من اللهث (أي زيادة عمق ونسبة التنفس)، وانقطاع التنفس (توقف التنفس)، ويزداد عمق التنفس، ثم ينحسر حتى يتوقف كليا، وبعد لحظات تستأنف الدورة. خـــلال انقطاع-

- (G47.37) وسط توقف التنفس أثناء النوم المرضي مع استخدام المواد الأفيونية : والمرضى من هذا النوع الفرعي ، يرجع إلى آثار الأفيونيات المؤثرة على إيقاع الجهاز التنفسي في النخاع ، فضلا عن الآثار التفاضلية على نقص الأوكسجين مقابل التنفس ثنائي أكسيد الكربون بفرط .
- الترميز مذكرة [G47.37]) : متاح فقط عند وجود اضطراب لاستخدام المواد الأفيونية ، الأولى . أما رمز اضطراب استخدام المواد الأفيونية : (F11.10) اضطراب خفيف مع استخدام المواد الأفيونية أو (F11.20) معتدل / أو شديد مع اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، ثم رمز (G47.37) توقف التنفس أثناء النوم المركزي المرضي مع استخدام المواد الأفيونية . أو الاضطراب عندما يتم استخدام المواد الأفيونية (على سبيل المثال ، بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، ورمز فقط (G47.37) الحالة المرضية الوسطى (المعتدلة) توقف التنفس أثناء النوم مع استخدام المواد الأفيونية .

المحددات Subtypes :

تعكس المحددات زيادة مؤشر توقف التنفس المركزي (أي عدد من انقطاعات النفس المركزية لكل ساعة من النوم) وتعكس زيادة في شدة توقف التنفس أثناء النوم المركزي (الرئيس) . وقد تعود استمرارية النوم ونوعيته ، إلى ضعف ملحوظ مع تدنى في مراحل من حركة العين غير السريعة (REM) (أي النوم منخفض ذو الموجة البطيئة [المرحلة N3]) . أما في الأشخاص الذين يعانون من " ستوكس التنفس " الوخيم ، فيمكن أيضاً ملاحظة هذا النمط خلال مرحلة اليقظة ، وهو الاكتشاف التي يعتقد أن يكون علامة النذير عن حدوث وفيات .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تتسم بمجموعة من اضطرابات توقف التنفس أثناء النوم المركزي ، المصحوب بنوبات متكررة من انقطاعات النفس و"هيبوبنياس hypopnea "[1] ، أثناء مرحلة النوم

- التنفس ، غالباً ما يحدث في البطين الأيسر ، أو بعد المخدرات؛ كالمورفين والباربيتورات، وقد تحدث في الأشخاص العاديين عند النوم .

(١) هو مؤشر شدة يجمع بين وهيبوبنياس ابنياس. الجمع بينهما يعطي شدة الشاملة بما في ذلك من توقف التنفس أثناء النوم وتوقف التنفس ، ضعف التنفس مؤشر ويشير إلى-

الناجم عن التغير في الجهد التنفسي . وتتحكم هذه الاضطرابات في أجهزة التنفس الصناعي الذى يحدث في الجهاز التنفسي ، وفى نمط دورية الأحداث المتقطعة .

أما النمط - مجهول السبب - فيتميز بتوقف التنفس أثناء النوم المركزي ، والمصاحب بالأرق ، والاستيقاظ بسبب ضيق التنفس ، وذلك بالاشتراك مع خمسة أو أكثر من انقطاعات النفس المركزية لكل ساعة من النوم .

ويحدث توقف التنفس أثناء مرحلة النوم المركزي في الأفراد المصابين بقصور في القلب ، والسكتة الدماغية ، أو الفشل الكلوي ، والذى عادة ما يكون هذا اللنمط للتنفس / ما يسمى "ستوكس التنفس " والذي يتميز بنمط دوري مختلف في حجم المد والجزر الذى يؤدي إلى انقطاعات النفس المركزية وهيبوبنياس التي تحدث على تردد لا يقل عن خمسة أحداث في الساعة والتي تترافق بالإثارة المتكررة . وقد تتعايش "بنياس" النوم المركزية والانسداد التنفسى مع نسبة انقطاعات النفس الانسدادي المركزي "هيبوبنياس hypopnea "والتى يمكن أن تستخدم لتحديد أي حالة هى الغالبة .

ويمكن أن تحدث تغييرات في التحكم العصبي العضلي التنفسى بالتعاون مع الأدوية أو المواد المستخدمة في الأفراد مع الظروف الصحية النفسية ، التى يمكن أن تسبب أو تفاقم ضعف الإيقاع التنفسي والتهوية . والأفراد مع أخذ هذه الأدوية يتكون لديهم اضطراب في التنفس المرتبط بالنوم ، والذى يمكن أن يسهم في اضطرابات النوم وأعراض مثل النعاس ، والارتباك ، والاكتئاب . وعلى وجه التحديد ، الاضطراب المزمن والذى كثيراً ما يرتبط باستخدام الأدوية الأفيونية طويلة المفعول ، مع ضعف السيطرة على الجهاز التنفسي مما قد يؤدي إلى توقف التنفس أثناء فترة النوم المركزية .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

يمكن للأفراد مع هيبوبنياس أن يتوقف التنفس لديهم أثناء فترة النوم المركزية ، مع إظهار النعاس أو الأرق . ويمكن أن يكون هناك شكاوى من تجزئة النوم ، بما في

= انخفاض مستوى الأوكسجين في الدم The apnea-hypopnea index, .(مثل انقطاع النفس ومؤشر ضعف التنفس، ويحسب بقسمة عدد هيبوبنياس ابنياس وعلى عدد ساعات النوم).

ذلك الاستيقاظ مع ضيق التنفس . وقد تكون بعض الأعراض لدى الأفراد غير متناظرة . كما يمكن حدوث توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس ، والذى يمكن أن يتعايش مع " ستوكس التنفس " ، وبالتالي حدوث الشخير ويمكن ملاحظة ذلك أثناء النوم .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار توقف التنفس أثناء النوم مجهول السبب الرئيس وغير معروف ، ولكن يعتقد أن تكون نادرة . أما معدل انتشار " ستوكس التنفس " فهى عالية في الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب ، ومن خلل القلب البطيني .

وتصل النسبة في الأفراد مع جزء طرد (أقل من ٤٥ ٪) أما معدل الانتشار فقد تم الإبلاغ عنه بأن يكون فى حدود (٢٠ ٪ أو أعلى)

ونسبة الذكور إلى الإناث فى معدل الانتشار تميل بشدة أكثر نحو الذكور فى توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس . كما يزيد معدل الانتشار مع التقدم في العمر ، ومعظم المرضى هم من كبار السن من ٦٠ عاما فما فوق .

ويحدث " ستوكس التنفس " في حوالي ٢٠ ٪ من الأفراد الذين يعانون من السكتة الدماغية الحادة وتوقف التنفس أثناء فترة النوم المرضية الوسطى ، ويحدث مع استخدام المواد الأفيونية في حوالي ٣٠ ٪ من الأفراد مع المواد الأفيونية / فى علاج الآلام المزمنة غير خبيثة / وبالمثل لدى الأفراد الذين يحصلون على علاج الميثادون .

التنمية والدورة Development and Course :

يبدو أن بداية " ستوكس التنفس " مرتبطة بتطوير فشل القلب ، مع تذبذب في معدل ضربات القلب وضغط الدم وعدم التشبع بالأكسجين ، وارتفاع نشاط الجهاز العصبي الذى يمكن أن يعزيز تطور اضطراب قصور القلب . أما الأهمية السريرية ل "ستوكس التنفس " فتتضح في وضع السكتة الدماغية غير المعروفة ، ولكن قد يكون " ستوكس التنفس " استنتاج عابر يحل مع مرور الوقت ، بعد السكتة الدماغية الحادة .

أما المركزية المرضية لتوقف التنفس أثناء النوم / مع الأفيونية ، فقد تم توثيقه مع الاستخدام المزمن (أي لعدة أشهر) .

العوامل الخطرة المنذرة Risic and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : " لستوكس التنفس " كثيراً ما توجد فى الأفراد مع قصور في القلب، التعايش بين الرجفان الأذيني يزيد من المخاطر ، كما يحدث مع كبار السن من الذكور .

وينظر إلى " ستوكس التنفس " أيضاً بالاشتراك مع السكتة الدماغية الحادة وربما الفشل الكلوي ، وعدم الاستقرار الكامن لأجهزة التنفس الصناعي في الإعداد لفشل القلب ، والذى ُيعزى إلى زيادة حساسية الأدوية الكيماوية ، وإلى أجهزة التنفس الصناعي ، والتي قد تسبب فرط احتقان الأوعية الدموية الرئوية وتأخير الدورة الدموية . كما تم تشخيص توقف التنفس أثناء فترة النوم الوسطى في الأفراد مع المواد الأفيونية طويلة المفعول .

أما النتائج المادية لتشخيص متطلبات المخاطر البيئية ، فينظر في الأشخاص الذين يعانون من نمط "ستوكس التنفس " المتعلق بعوامل الخطر .

كما تشير النتائج الظاهرة المتسقة مع فشل القلب مثل : انتفاخ الوريد الوداجي ، وصوت القلب S3 ، وخشخشة الرئة . ويشار إليه باضطراب النوع الفرعي المستخدم لوصف خصائص اضطراب النوم المتصل بالتنفس . ويتم من خلاله تسجيل عدد انقطاعات النفس النوم المركزية (عند فترات وقف التنفس) لمدة أطول من ١٠ ثانية من حدوثها .

ويتميز " ستوكس التنفس " عن طريق وجود نمط دوري من الاختلاف في (حجم المد والجزر) التي تؤدي إلى انقطاعات النفس المركزية وحدوث " هيبوبنياس " التي تحدث على تردد لا يقل عن خمسة أحداث في الساعة ، والتي تترافق مع الإثارات المتكررة . أما طول دورة "ستوكس التنفس " [1](أو الوقت من نهاية انقطاع النفس المركزي الواحد حتى نهاية انقطاع النفس التالي) فتصل إلى حوالي ٦٠ ثانية .

---

(١) (ستوكس التنفس) هو عملية تشميع وانحسار التنفس، وتتكون من فترات متبادلة من اللهث (أي زيادة عمق ونسبة التنفس)، وانقطاع التنفس (توقف التنفس)، ويزداد عمق التنفس، ثم ينحسر حتى يتوقف كليا، وبعد لحظات تستأنف الدورة. خلال انقطاع التنفس ، غالباً ما يحدث في البطين الأيسر، أو بعد المخدرات؛ كالمورفين والباربيتورات، وقد تحدث في الأشخاص العاديين عند النوم .

أما العواقب الوظيفية لتوقف التنفس أثناء النوم ، والتى تم الإبلاغ فيها عن توقف التنفس أثناء النوم ، والتى تتسبب فى أعراض اضطراب النوم ، فهى مجهولة السبب ، بما في ذلك الأرق والنعاس .

ويرتبط " ستوكس التنفس " مع المصابين بقصور في القلب المرضي بالنعاس المفرط ، والتعب ، والأرق ، وعلى الرغم ذلك فإن العديد من الأفراد قد يكونوا أعراض للتعايش بين فشل القلب مع " ستوكس التنفس " المترافق مع زيادة عدم انتظام ضربات القلب ، وارتفاع معدلات الوفيات أو زرع القلب .

وقد يعانى الأفراد مع الأعراض المركزية المرضية لتوقف التنفس أثناء النوم / ومع استخدام المواد الأفيونية ، إلى ظهور أعراض النعاس أو الأرق .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

يجب التمييز بين توقف التنفس أثناء النوم مجهول السبب المركزي ، عن غيرها من النوم ذات الصلة باضطرابات التنفس ، أو مع اضطرابات النوم الأخرى ، حيث قد تؤدى الظروف الطبية والاضطرابات النفسية الأخرى مثل التعب ، إلى تجزئة النوم والنعاس .

ويتحقق ذلك بالوعى بتشخيص اضطرابات النوم : حيث توجد اضطرابات أخرى فى النوم وذات الصلة بالتنفس واضطرابات النوم ، وذلك مثل توقف التنفس أثناء النوم المركزي / والتى يمكن تمييزها عن توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس بسبب وجود ما لا يقل عن خمسة اضطرابات (نوبات) مركزية لكل ساعة من النوم . وقد تشارك هذه الشروط في حدوث توقف التنفس أثناء النوم فترة المركزي ، وقد تسود عندما تتجاوز نسبتها المركزية المعرقلة للتنفس بنسبة ٥٠ ٪ .

ويمكن تمييز " ستوكس التنفس " عن الاضطرابات النفسية الأخرى ، بما في ذلك اضطرابات النوم الأخرى ، والحالات الطبية الأخرى التي تسبب تجزئة النوم ، النعاس ، والتعب على أساس وجود حالة مؤهبة (على سبيل المثال ، فشل القلب أو السكتة الدماغية) أو علامات وأدلة من نمط اضطراب التنفس المميزة .

ويمكن لنتائج اضطراب التنفس ، المساعدة على تمييز " ستوكس التنفس " من خلال الأرق الناتج بسبب ظروف طبية أخرى . من درجة الارتفاع العالي للتنفس

الدوري / والذى لديه نفس النمط الذي يشبه " ستوكس التنفس " ولكن لديه دورة وقت أقصر ، لكن بدرجة مرتفعة ، وغير المرتبط بقصور في القلب .

وكما سبق قد يحدث توقف التنفس أثناء فترة النوم المركزي المرضي مع استخدام المواد الأفيونية ، والتى يمكن أن تكون متباينة عن غيرها من أنواع اضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس الذى يعتمد على استخدام الأدوية الأفيونية طويلة المفعول ، وذلك بالتزامن مع أدلة من انقطاعات النفس المركزية والدورية فى التنفس ، والتى يُمكن تمييزها من الأرق بسبب تعاطي المخدرات أو مادة أخرى بناءً على أدلة من توقف التنفس أثناء فترة النوم المركزية .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

اضطرابات توقف التنفس أثناء فترة النوم المركزية ، توجد في كثير من الأحيان مع مستخدمي المواد الأفيونية طويلة المفعول ، مثل الميثادون . كما يمكن أن 'يسهم الأفراد مع هذه الأدوية فى حدوث اضطراب التنفس المرتبط بالنوم ، مع ظهور أعراض مثل النعاس ، والارتباك ، والاكتئاب .

ويمكن ملاحظة انقطاعات النفس الدورية - للفرد وهو نائماً - مع ظهور أنماط من التنفس غير المنتظم . وقد يحدث توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي مع ضعف التنفس فى فترة النوم المركزي ، ويتفق هذا الشرط مع ما سبق ذكرة (انظر " انقطاع النفس الانسدادي النومي وضعف التنفس " في جزء سابق من هذا الفصل) .

ويلاحظ بأن " ستوكس التنفس " أكثر شيوعاً بالتعاون مع الظروف التي تشمل قصور القلب ، والسكتة الدماغية ، والفشل الكلوي ، والذى يعتبر أكثر شيوعاً في الأفراد مع الرجفان الأذيني . والأفراد مع " ستوكس التنفس " هي أكثر عرضة لدى كبار السن ، ولصالح الذكور ، وقد يترافق انخفاض الوزن لدى الأفراد / مع توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي وضعف التنفس .

اضطرابات النوم الأخرى ذات الصلة بالتنفس : ويمكن التمييز بين نقص التهوية المرتبطة بالنوم من الانسداد توقف التنفس أثناء النوم وضعف التنفس توقف التنفس أثناء النوم المركزية على أساس السريرية المميزات والنتائج على دراسة النوم . يظهر

نقص التهوية المرتبطة بالنوم عادة أكثر فترات طويلة من عدم التشبع بالأكسجين بدلا من أن ينظر في الحلقات الدورية الانسداد توقف التنفس أثناء النوم وضعف التنفس توقف التنفس أثناء النوم المركزية . توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ضعف التنفس وتوقف التنفس أثناء النوم المركزية تظهر أيضاً وجود نمط من حلقات منفصلة من تدفق الهواء المتكررة انخفاض التي يمكن أن تكون غائبة في نقص التهوية المرتبطة بالنوم .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

نقص التهوية المرتبطة النوم غالباً ما يحدث ذلك بالتعاون مع اضطراب رئوي (مثل الخلالي أمراض الرئة ، ومرض الانسداد الرئوي المزمن) ، مع العصبية والعضلية أو اضطراب جدار الصدر (مثل العضلات ضمور ، ومتلازمة ما بعد شلل الأطفال ، عنق الرحم إصابة الحبل الشوكي ، والسمنة ، جنف حدابي) ، أو . الأكثر ملاءمة لموفر الصحة العقلية ، مع استخدام الأدوية (مثل البنزوديازيبينات ، المواد الأفيونية) . نقص التهوية السنخي المركزي خلقي غالباً ما يحدث ذلك بالتعاون مع اللاإرادي وضعف قد تحدث بالاشتراك مع المرض هيرشسبرونغ . مرض الانسداد الرئوي المزمن ، اضطراب انسداد مجرى الهواء السفلي عادة ما يرتبط بها مع تدخين السجائر ، يمكن أن يؤدي إلى نقص التهوية ونقص الأكسجة . وجود تتعايش توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ويعتقد أن ضعف التنفس إلى تفاقم نقص الأكسجة أثناء النوم واليقظة .

العلاقة بين نقص التهوية المركزي - الخلقية - والمجهول السبب بسبب نقص التهوية المرتبطة باضطراب النوم غير الواضح ، لدى بعض الأفراد .

أما التصنيف الدولي لاضطرابات النوم ، 2 nd الطبعة (ICSD-2) ، فيجمع بين نقص التهوية ونقص الأكسجة (الأوكسجين) المرتبط بالنوم تحت الفئة ذات الصلة بمتلازمات نقص التهوية . ويعكس هذا النهج للتصنيف المشاركة في حدوث اضطرابات متكررة نتيجة نقص التهوية ونقص الأكسجة . وفي المقابل ، فإن التصنيف المستخدم في الدليل الحالى DSM-5 يرى أن هناك علاقة متميزة ذات الصلة بعمليات النوم تؤدي إلى نقص التهوية المرضي .

إضطرابات إيقاع الساعة البيولوجية للنوم Sleep-Related Hypoventilation :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A. نمط مستمر أو متكرر من اضطراب النوم الناتج في المقام الأول عن تغيير النظام اليومي أو إلى اختلال بين الساعة البيولوجية ذاتية الإيقاع / وبين الجدول الزمني للنوم واليقظة ، والتي تتطلبها بيئة عمل الفرد أو الجدول الزمني الاجتماعي أو المهني .

B. قد يؤدي اضطراب النوم إلى النعاس المفرط أو الأرق ، أو كليهما .

C. اضطراب النوم يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة ، أو ضعف في الجوانب الاجتماعية والمهنية ، وغيرها من المجالات الهامة للعمل .

ملاحظة الترميز : للـICD-9-CM ، لجميع الأنواع الفرعية . لـ ICD-10-CM ، ويستند كود النوع الفرعي ، تحديد ما إذا كان :

- ❖ (G47.21) نوع تأخر مرحلة النوم : نمط من تأخر بداية النوم والاستيقاظ عدة مرات ، مع عدم القدرة على النوم والتيقظ في الوقت المطلوب أو تقليديا فى الوقت السابق المقبول .

تحديد ما إذا كان العائلي : هناك تاريخ عائلي من مرحلة النوم المتأخر موجودا .

تحديد ما إذا كان : غير متداخل مع ساعة فترة ٢٤ من النوم واليقظة : تأخر نوع مرحلة النوم ، والذى قد يتداخل مع اضطراب إيقاع الساعة البيولوجية الآخر بين النوم واليقظة ، على مدى ٢٤ ساعة بين النوم واليقظة . (**G47.22**) نوع مرحلة النوم المتقدم : ويشير إلى نمط مرات بداية النوم المتقدم والاستيقاظ ، مع عدم القدرة على البقاء مستيقظا أو نائما حتى الوقت التقليدى المطلوب للنوم ، في وقت لاحق مقبول أو فى أوقات اليقظة .

تحديد ما إذا كان :

العائلي : هناك تاريخ عائلي من مرحلة النوم المتقدمة موجودا .

- (G47.23) عدم انتظام النوم ونوع غير المنظم زمنيا بين نمط (النوم واليقظة) ، مثل توقيت النوم والاستيقاظ لفترات متغيرة طوال فترة (٢٤ ساعة) .

- (G47.24) على مدار (٢٤ساعة) من نوع النوم واليقظة : كنمط من دورات النوم الإلكترونية ، التي لا تتم بصورة متزامنة للبيئة على مدار ٢٤ ساعة ، مع الانجراف اليومي المتناسق (والذى عادة ما يتم فى وقت لاحق، أو فى أوقات لاحقة) من بداية النوم وأوقات اليقظة .
- (G47.26) تحول نوع العمل : الأرق خلال فترة النوم الرئيسة ، أو النعاس المفرط (بما في ذلك النوم غير مقصود) خلال فترة فترة استيقاظ الرئيسة ،المرتبطة مع الجدول الزمني لتحول الأعمال (أي التي تتطلب ساعات عمل غير تقليدية) .
- (G47.20) غير محدد نوع .

تحديد ما إذا كان : -

- العرضية : مشاركة الأعراض (مرة واحدة) فيما لا يقل عن شهر وأقل من ثلاثة أشهر .
- الثابتة : تستمر الأعراض ثلاثة أشهر أو أكثر .
- المتكررة : حدوث اثنين أو أكثر من الحلقات (خلال سنة واحدة) .

تأخر مرحلة نوعية النوم :

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يستند نوع تأخر مرحلة النوم في المقام الأول ، على تاريخ تأخير توقيت فترة النوم الرئيسة (عادة ما تكون أكثر من ساعتين) وفيما يتعلق بمحددات النوم المطلوب وتنبيه وقت الاستيقاظ ، مما يؤدى إلى أعراض الأرق والنعاس المفرط ، والذى يرتبط بالسماح بتعيين جدول زمني خاص ، لدى الأفراد الذين يعانون من تأخر مرحلة النوم ، ونوعية النوم العادي والمرحلة العمرية . أما بداية أعراض النوم والأرق ، فتتصل بصعوبة بارزة الاستيقاظ في الصباح ، وبداية مرحلة النعاس المفرط فى وقت مبكر من اليوم .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

تشمل المميزات المرتبطة الأكثر شيوعاً من نوع تأخر مرحلة النوم ، تاريخ من الاضطرابات النفسية أو اضطراب عقلي متزامن . أما وترتبط الصعوبات الشائعة البالغة

والطويلة الأمد مع ارتباك الإستيقاظ صباحاً . وقد يتطور الأرق النفسي نتيجة للسلوكيات غير القادرة على التأقلم الذى يعوق النوم والمترافق بالمحاولات المتكررة بسبب الرغبة فى الغفوة في وقت سابق .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار نوع تأخر مرحلة النوم في عموم السكان يقترب من ٠,١٧٪ والذى قد يكون أكبر من ٧ ٪ في المراهقين . وعلى الرغم من أن معدل الانتشار العائلية (الوراثى) لم يثبت ارتباطه بنوع مرحلة النوم ، والتاريخ العائلي من مرحلة النوم المتأخر في الأشخاص الذين يعانون من تأخر مرحلة النوم .

التنمية والدورة Development and Course :

تستمر فترة النوم الأطول لأكثر من ٣ أشهر ، مع التفاقم المتقطع طوال مرحلة البلوغ ، وعلى الرغم من أن العمر يرتبط ببدايته ، إلا أن الأعراض تبدأ عادة في مرحلة البلوغ المبكر ، ومرحلة المراهقة ، وقد تستمر لـ (عدة أشهر إلى سنة) قبل تأسيس التشخيص .

قد تقلل شدة الحالة / مع تقدم العمر انتكاسة للأعراض الشائعة : وقد يختلف التعبير السريري عبر مراحل العمر تبعاً للعوامل الاجتماعية ، والمدرسية ، والتزامات مهام العمل . وعادة ما يتم ظهور تفاقم أعراض ناتجة عن تغيير في العمل أو فى جدول المدرسة اليومى الذي يتطلب الاستيقاظ مبكراً . كما يمكن للأفراد الذين يمكن تغيير جداول أعمالهم ، من استعادة إيقاعية النوم والاستيقاظ لديهم ، والتعافى والشفاء من الأعراض .

أما زيادة معدل انتشار المرض في مرحلة المراهقة ، فقد تكون نتيجة للعوامل الفسيولوجية والسلوكية . وقد تكون ذات علاقة بالتغيرات الهرمونية على وجه التحديد ، كما قد ترتبط بمرحلة تأخر النوم مع بداية سن البلوغ . وبالتالي ، يجب أن يكون هناك تفريق بين نوع تأخر مرحلة النوم لدى المراهقين / عن التأخير الشائع في توقيت إيقاعات كل يوم في هذه الفئة العمرية ، وبالطبع قد يحدث تحسن ، وقد تستمر ذات الأعراض مع التقدم في السن .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : ويمكن أن تشمل العوامل المؤهبة لفترة أطول من المتوسط اليومي ، والتغيرات في حساسية الضوء ، وضعف محرك النوم الساكن . كما أن بعض الأفراد مع تأخر مرحلة النوم قد يكونوا شديدى الحساسية لضوء المساء ، والذى يمكن أن يكون بمثابة إشارة إلى تأخير الساعة اليومية ، أو أنها قد تعود لنقص التحسس مع ظهور ضوء صباح ، وهذه الآثار قد تتقدم مرحلته ، ثم يتم تخفيضها .

وتلعب العوامل الوراثية دوراً في التسبب في إشكاليات عائلية ومتفرقة من نوع تأخر مرحلة النوم ، بما في ذلك الطفرات في جينات الساعة البيولوجية .

تشخيص متطلبات المخاطر البيئية :

تأكيد التشخيص ويشمل التاريخ الكامل لحالة نوم الفرد ، باستخدام يوميات النوم (أي كاشف حركة الرسغ ، والتي تراقب النشاط الحركي لفترات طويلة ، والتى يمكن استخدامها كبديل لأنماط النوم واليقظة لمدة ٧ أيام على الأقل) . أما الفترة التي تغطيها سجلات النوم ، فينبغي أن تشمل عطلات نهاية الأسبوع ، وذلك عندما تتصل الالتزامات الاجتماعية والمهنية الأقل صرامة ، لضمان التعارض الفردي بين نمط النوم / والاستيقاظ المتأخر باستمرار . أما المؤشرات الحيوية مثل اللعابية ، فينبغي الحصول على ضوء خافت ، بما يسمح لظهور " الميلاتونين "[1] فقط عندما يكون التشخيص غير واضح .

أما العواقب الوظيفية من نوع تأخر مرحلة النعاس المفرط ، فى وقت مبكر اليوم ، ويرتبط بصعوبة الاستيقاظ لفترات طويلة مع المدقع الارتباك الصباح (أي

---

(١) الميلاتونين هرمون تفرزه الغدة الصنوبرية وهي غدة صغيرة قطرها ٧,٢ ملم في الإنسان توجد في المخ .والميلاتونين يوجد في جميع خلايا كل كائن حي. هرمون الميلاتونين مسؤول عن تنظيم الإيقاع الحيوي في كل من الإنسان والحيوان .عند الإنسان ، عملية إفراز الميلاتونين تحدث حيث تواجه عيناه الظلام ومما يسبب الإحساس بالنعاس أثناء الليل ويساعده على النوم .في مجال الصيدلة ويتوافر هذا الهرمون على شكل مسحوق أو حبوب ويستعمل للتغلب على الأرق .أما في الحيوان فيضمن الميلاتونين حدوث عملية التناسل وعملية تغيير الجلد في الوقت الأمثل لها من العام .

الجمود النوم) الشائع أيضاً . من شدة الأرق وأعراض النعاس المفرط ، والذى يختلف بشكل كبير بين الأفراد ، والذى يعتمد إلى حد كبير على المطالب المهنية والاجتماعية للفرد .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاختلافات المعيارية في النوم : يجب تمييز نوع تأخر مرحلة النوم من "طبيعية" إلى أنماط من النوم يكون لدى الفرد جدول زمني في وقت متأخر لا يسبب استغاثة شخصية واجتماعية ، أو مهنية (وينظر من خلالها إلى أنها أكثر شيوعاً في المراهقين والشباب البالغين) .

اضطرابات النوم الأخرى : ومنها اضطراب الأرق وغيره من اضطرابات إيقاع الساعة البيولوجية للنوم واليقظة، والتى ينبغى التفرقة بينهما ، ويمكن أيضاً أن يكون سبب النعاس المفرط من قبل اضطرابات النوم الأخرى مثل اضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس ، اضطرابات الحركة ، والاضطرابات الطبية والعصبية والعقلية .

وقد تساعد دراسات النوم في تقييم اضطرابات النوم المرضية الأخرى ، مثل توقف التنفس أثناء النوم ، والطبيعة الإيقاعية لنوعية تأخر مرحلة النوم ، ومع ذلك ، ينبغي أن نفرق ذلك / من الاضطرابات الأخرى ، رغم وجود شكاوى وأعراض مماثلة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

ويرتبط تأخر مرحلة النوم بقوة مع الاكتئاب ، واضطراب في الشخصية ، واضطراب الأعراض الجسدية أو مع اضطراب القلق المرض . بالإضافة إلى اضطرابات النوم المرضية مثل : اضطراب الأرق ، ومتلازمة تململ الساقين ، وانقطاع التنفس أثناء النوم ، وكذلك الاكتئاب واضطرابات القطبين ، واضطرابات القلق ، والذى يمكن أن يؤدي إلى تفاقم أعراض الأرق والنعاس المفرط .

أما تأخر مرحلة نوعية النوم فقد تتداخل مع الساعة البيولوجية الأخرى ، مع إيقاع اضطراب النوم واليقظة ، على مدار(٢٤ ساعة) من النوم / واليقظة . كما ينظر إلى الأفراد مع اضطراب النوم واليقظة من النوع الشائع على مدار ٢٤ ساعة أيضاً بأن يكون لهم تاريخ من تأخر النوم وفقاً لمرحلة الساعة البيولوجية .

النوعية المتقدمة لمرحلة النوم **Advanced Sleep Phase Type** :

النوعية المتقدمة وفقاً لمرحلة النوم المحدد : قد تكون موثقة ، رغم أنه لم يثب معها معدل الانتشار الأسري لنوع مرحلة النوم ، إلا أن التاريخ العائلى لمرحلة النوم المتقدمة موجود لدى الأفراد مع النوع المتقدم من مرحلة النوم .

وتوجد في هذا النوع ، الطفرات محددة تثبت وجود وضع جسمي مسيطر من الميراث العائلى ، والذى قد يحدث في وقت سابق من بداية ظهور الأعراض (خلال مرحلة الطفولة المبكرة ومرحلة البلوغ) ، والتى تتصف بالثبات ، وشدة الأعراض التى قد تزداد مع تقدم العمر .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تتميز مرحلة النوم المتقدمة نوع من قبل مرات النوم واليقظة التي هي عدة ساعات في وقت سابق من الأوقات المرجوة أو التقليدية . ويستند التشخيص في المقام الأول على التاريخ لتقدم في توقيت فترة النوم الرئيسية (عادة ما تكون أكثر من ٢ ساعة) فيما يتعلق النوم والاستيقاظ الوقت المطلوب ، مع أعراض الأرق الصباح الباكر والمفرط النعاس خلال النهار . إلا أنه حين يُسمح لهؤلاء الأفراد بوضع جدول زمني ، فإنهم سوف يتقدمون ، مع نوعية النوم العادي الطبيعى .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد مع النوع المتقدم من مرحلة النوم " أنواع النوم الصباحى " مع وجود فترة من النوم في وقت سابق لعدة مرات ، والذى يرتبط بتوقيت الساعة البيولوجية الخاصة بالمؤشرات الحيوية مثل الميلاتونين ودرجة حرارة الجسم الأساس ، ومع الإيقاعات التي تحدث في وقت سابق (كل ساعتين) كأمر معتاد ، عند الحاجة للحفاظ على الجدولة التقليدية التي تتطلب تأخير وقت النوم ، فإن هؤلاء الأفراد قد يستمرون فى التيقظ حتى وقت مبكر من الصباح ، مما يؤدي إلى الحرمان من النوم المستمر والنعاس خلال النهار . وقد يضطروا إلى استخدام المنومات لمكافحة أرق النوم ، أو استخدام المنشطات للحد من النعاس فى النهار ، والذى قد يؤدي بهؤلاء الأفراد إلى تعاطي المخدرات .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار المقدر والمتقدم لنوع مرحلة اضطراب أوقات النوم واليقظة والساعة البيولوجية يقترب (من ١ ٪ في البالغين) لدى الأفراد الأكبر سناً ، وربما يمثل أعلى زيادة معدل انتشار لهذا المرض في هذه الفئة من السكان .

دورة التنمية Deveiopment and Course :

دورة التنمية تبدأ عادة في أواخر سن البلوغ : وذلك وفقاً للشكل العائلي (الوراثى) ، وهذه الدورة عادة ما تكون ثابتة ، وقد تستمر أكثر من (٣ أشهر) وقد يزيد من شدة الحالة ، طبيعة العمل ، والمناسبات الاجتماعية . ويعد نوع مرحلة النوم المتقدمة ، أكثر شيوعاً في كبار السن . وقد تختلف الظواهر السريرية عبر تبعاً للعمر ، والحالة الاجتماعية ، والمدرسة ، والتزامات العمل . ويمكن للأفراد الذين يرغبون فى تغيير جداول أعمالهم ، فى أعقاب تجربة لاستيعاب إيقاعية النوم وتوقيته ، أن يتعافوا ويشفوا من الأعراض .

كما تؤدى زيادة العمر إلى الميل قدما في مرحلة النوم ، ومع ذلك ، فإنه ليس من الواضح ما إذا كان العامل المشترك بالعمر ، يرجع فقط إلى تغيير في توقيت الساعة البيولوجية المتقدمة لنوع مرحلة النوم (كما رأينا في الشكل العائلي) أو إلى التغيرات المرتبطة بالعمر في تنظيم - التماثل الساكن - من مرحلة النوم ، مما يؤدى إلى الاستيقاظ في وقت سابق . كما تُشير مصطلحات الشدة ، والتعافى والشفاء ، وانتكاسة الأعراض ، إلى عدم الالتزام بالعلاجات السلوكية والمخاطر البيئية ، التى تهدف إلى السيطرة على النوم والاستيقاظ .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : تنخفض المخاطر البيئية في وقت متأخر أوائل المساء نتيجة لعدم التعرض للضوء أو التعرض إلى ضوء الصباح الباكر بما يسبب الاستيقاظ في الصباح الباكر ، والذى يمكن أن يزيد من دفع إيقاعات الساعة البيولوجية . وذلك عن طريق الذهاب إلى الفراش في وقت مبكر ، إلا أن هذه لم يتم كشفها بمدى تعرض الأفراد للضوء . ولا يبدو أن الفترة الإيقاعية للنوم قد تنخفض بانتظام / بالتوازى مع تقدم العمر .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : وقد أثبتت دراسات مرحلة النوم المتقدمة على ثبات العامل الوراثي كنمط سائد ، بما في ذلك الطفرة الجينية التى ترتبط بالبروتين .

تشخيص قضايا ذات الصلة الثقافية

Culture-Reiated Diagnostic issues:

الأمريكيين من أصل أفريقي قد يكون أقصر تعرضاً لفترة النوم الإيقاعية وأكبر حجماً من المرحلة المتقدمة المرتبطة بالضوء / مثل القوقازيين ، وربما يزيد ذلك من خطر التطوير المتقدم لنوع مرحلة النوم في هذه الفئة من السكان .

عواقب الوظيفية للنعاس المفرط المرتبطة بمرحلة النوم :

النعاس المفرط المرتبط بمرحلة النوم المتقدمة يمكن أن يكون له تأثير سلبي على الأداء المعرفي ، والتفاعل الاجتماعى ، والسلامة الشخصية ، وقد تستخدم عوامل تعزيز لمكافحة النعاس أو استخدام المهدئات للصحيان في الصباح الباكر .

التشخيص التفاضلى Differentiai Diagnosis :

إضطرابات النوم الأخرى : تتصل اضطرابات النوم الأخرى بالعوامل السلوكية مثل عدم إنتظام مواعيد النوم الطوعية ، وينبغي النظر في الإستيقاظ في وقت مبكر ، والتعرض للضوء في الصباح الباكر ، ولا سيما لدى كبار السن . وينبغي إيلاء الإهتمام الدقيق لاستبعاد غيرها من اضطرابات النوم واليقظة ، مثل اضطراب الأرق ، والاضطرابات النفسية الأخرى ، إضافة إلى الظروف الطبية التي يمكن أن تسبب الإستيقاظ في الصباح الباكر .

الاكتئاب واضطرابات القطبين : الاستيقاظ في الصباح الباكر ، والتعب ، والنعاس هي السمات البارزة كما يجب أيضاً النظر إلى الاضطراب الاكتئابي ، واكتئاب اضطرابات القطبين .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الظروف الطبية والاضطرابات النفسية / المرتبطة بأعراض الاستيقاظ في الصباح الباكر ، مثل الأرق ، والتى يمكن أن يشارك في حدوثها ارتباطها مع نوع من مرحلة النوم السابقة .

عدم انتظام نوعية تنبيه النوم Irregular Sleep-Wake Type :

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يستند تشخيص عدم انتظام النوم واليقظة في المقام الأول على تاريخ من أعراض الأرق في الليل (خلال فترة النوم المعتادة) والنعاس المفرط (القيلولة) خلال اليوم . وتتميز بعدم انتظام النوم واليقظة كنوع ملحوظ من النوم / واليقظة المرتبط بإيقاع الساعة البيولوجية . غير المرتبطة بفترة نوم رئيسة ، ويتم من خلال التشخيص تجزئة النوم إلى ما لا يقل عن ثلاث فترات فى اليوم على مدار ٢٤ ساعة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد مع عدم انتظام النوم واليقظة من النوع الحاضر عادة مع الأرق أو الإفراط في النعاس ، اعتمادا على عنصر الوقت من اليوم .

كما قد يتم النوم والاستيقاظ على فترات عبر (٢٤ ساعة مجزأة) وعلى الرغم من أن فترة أطول من النوم يميل إلى أن يحدث بين (٢ مساءً و٦ صباحاً) والذى عادة ما يكون أقل من أربع ساعات فى اليوم . وهناك تاريخ من العزلة أو الانزواء قد يحدث مع الاضطراب أو المساهمة في الأعراض عن طريق عدم وجود مؤثرات خارجية للمساعدة في التحول بعيداً عن النمط العادي .

أما الأفراد أو القائمين على رعايتهم وفقاً لتقرير مرحلة القيلولة المتكررة في جميع أنحاء اليوم ، ويرتبط عدم انتظام النوم واليقظة بالنوع الأكثر شيوعاً من اضطرابات الأعصاب ، مثل الاضطراب العصبي الرئيس ، أو العديد من الاضطرابات العصبية النمائية في الأطفال .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار نوع عدم انتظام النوم واليقظة في عموم السكان غير معروف .

دورة التنمية Deveiopment and Course :

مسار دورة التنمية غير منتظم مع نوع النوم واليقظة الثابتة ، أما العمر الخاص ببداية هذا المتغير ، فهو غير محدد ، إلا أن هذا الاضطراب هو أكثر شيوعاً لدى كبار السن .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : تتمثل فى الاضطرابات العصبية ، مثل مرض الزهايمر ، ومرض باركنسون ، ومرض هنتنجتون [1] ، والاضطرابات العصبية النمائية لدى الأطفال ، مما قد يؤدى إلى زيادة مخاطر عدم انتظام نوعية النوم واليقظة .

المخاطر البيئية : انخفاض التعرض لضوء النهار يزيد المخاطر البيئية للنشاط المنظم ، الذى يمكن أن يترافق مع إيقاع الساعة البيولوجية منخفضة السعة . والأفراد المنومين داخل المستشفى هم عرضة بوجه خاص لهذه المحفزات الخارجية المنخفضة لإيقاع الساعة البيولوجية ، وحتى خارج المستشفى قد يتعرض الأفراد الذين يعانون من اضطرابات عصبية كبرى (أي الخرف) والذين يتعرضون لأقل ضوء ساطع .

التشخيص الكلى Diagnostic Maricers :

هناك تاريخ من النوم المنفصل، وفقاً لما تسجله مذكرات النوم (من قبل مقدم الرعاية) بهدف المساعدة فى التأكيد على عدم انتظام نمط النوم واليقظة .

الآثار الوظيفية لعدم انتظام النوم :

تتميز الآثار الوظيفية بعدم وجود فترة النوم والإستيقاظ الرئيسة والملحوظة بشكل واضح ، عدم إنتظام نتائج نوع النوم واليقظة في الأرق أو النوم المفرط ، وذلك إعتمادا على فقد الإحساس بالوقت من اليوم ، مع اضطراب فى ساعات النوم ، والذى غالباً ما يعد أحد الاعتبارات الهامة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاختلافات المعيارية في النوم . ينبغي التمييز بين عدم انتظام النوم واليقظة من النوع الطوعي / وبين عدم انتظام جدول النوم واليقظة والنوم وقلة النظافة ، والتي يمكن أن يؤدي إلى الأرق والنعاس المفرط . ، الاضطرابات النفسية والحالات الطبية

---

(١) (مرض هنتنجتون) هو مرض عقلي وراثي يشابه تدهور مرحلي للحالة العقلية، بسبب موت خلايا في المخ .هو مرض تنكسي مترقٍ يُسبب تلف خلايا عصبية معينة في الدماغ، ونتيجة لذلك تظهر حركات لا إرادية واضطرابات عاطفية والخرف ، وفقد الذاكرة ، وتدهور في الحالة العقلية.

الأخرى . أسباب أخرى من نعاس النهار ، هـو الأرق ، وبمـا في ذلـك تـأثير الحـالات الطبية المرضية والاضطرابات النفسية أو الدواء ، والذى ينبغي النظر فيها .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

غالباً ما تكـون الحـالات المرضـية غـير النظاميـة مثـل نـوع النـوم / واليقظـة مـع اضطرابات الاعصاب والعصبية النمائيـة ، مثـل الاضـطراب العـصبي الـرئيس ، مثـل الإعاقة الذهنية (إضطراب النمو الفكري) ، وإصابات الدماغ المرضية ، مع غيرهـا مـن الظروف الطبية والاضطرابات النفسية الـتي تتـسم بالعزلـة الاجتماعيـة أو عـدم وجـود أنشطة خفيفة ومنظمة .

نوعية الاستيقاظ والنوم عبر ٢٤ ساعة Non-24-Hour Sleep-Wake Type:

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يستند التشخيص عبر (٢٤ساعة) من نـوع النـوم واليقظـة في المقـام الأول /علـى تاريخ من أعراض الأرق أو النوم المفرط المتعلق بالتزامن غـير الطبيعـي علـى مـدار ٢٤ ساعة من دورة ضوء الظلام / ومع إيقاع الـساعة البيولوجيـة الداخليـة ، وذلـك لـدى الأفراد الذين يعانوا عادة مع فترات من الأرق ، والنعاس المفرط ، أو كليهمـا ، والـتي تتناوب مع فترات قصيرة غير متناظرة . بدءا من فترة ظهـور الأعـراض ، عنـدما يقـوم الفرد بمحاذاة مرحلة النوم إلى البيئة الخارجية ، وزيادة كمون النوم التدريجي وقد يـشكو الفرد من النوم وظهور الأرق . مع استمرار مرحلـة النـوم للانجـراف ، بحيـث إذا حـان وقت النوم (الآن في النهار) فسوف يجد الفرد صعوبة في البقاء مستيقظا خـلال النـهار ، وسوف يشكو من النعاس . ولأن الفترة الإيقاعية لا تسير بمحاذاة تلـك البيئـة الخارجيـة على مدار ٢٤ ساعة ، والتي تعتمد على الأعراض الظاهرة ، عند الفـرد الـذى يحـاول النوم فيما يتعلق بإيقاع الساعة البيولوجية من الميل إلى النوم .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

فترة الـيوم (٢٤ ساعة) ما بين (النوم / واليقظة) هى الأكثـر شـيوعاً بـين الأفـراد المكفـوفين أو ضـعاف البـصر الـذين يـنخفض لـديهم الإدراك الخفيـف لـدى الأفـراد المبصرين ، والذى غالباً ما يكون هناك تاريخ من تأخر مرحلة النوم وانخفاض التعـرض

للضوء المنتظم ، أو نتيجة للعوامل والأنشطة الاجتماعية ، والتي تظهر أيضاً مع زيادة مراقبة حالة الأفراد عبر (٢٤ ساعة) من نوع النوم / واليقظة طوال فترة النوم .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار عبر (٢٤ساعة) ما بين النوم / واليقظة في عموم السكان غير واضح ، ولكن قد يظهر اضطراب نادر في الأفراد المبصرين ، ويقدر معدل الانتشار في الأفراد المكفوفين بأن يكون بنسبة ٥٠ ٪ .

دورة التنمية Deveiopment and Course :

وذلك عبر (٢٤ساعة) ، ما بين النوم / واليقظة الثابتة ، ، والمتقطعة بسبب التغيرات في العمل والجداول الزمنية الاجتماعية في مختلف مراحل العمر . وتعتمد المرحلة العمرية عند بدايته ، على بداية ظهور ضعف البصر في الأفراد المبصرين ، أو من التداخل مع تأخر مرحلة النوم النوعى ، عبر (٢٤ساعة) من نوعية النوم / واليقظة ، والتى قد تتطور في مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر . أما التعافى والشفاء والانتكاس من تلك الأعراض فتعتمد إلى حد كبير على الأفراد المبصرين ، فى التمسك بالعلاجات التى تهدف إلى السيطرة على النوم وهيكله فى أعقاب التعرض للضوء .

قد يختلف التعبير السريري عبر المرحلة العمرية تبعا للعوامل الاجتماعية ، والمدرسية ، والعمل الالتزامات الأخرى . ويتاح لدى المراهقين والبالغين ، جداول زمنية تتعلق بالنوم واليقظة غير النظامية والتعرض للضوء ، أو عدم وجود ضوء في الأوقات الحرجة من اليوم ، والتى يمكن أن تؤدي إلى تفاقم آثار قلة النوم وتعطيل الفكرة الإيقاعية لآليات النوم . بالتالي ، ظهور أعراض الأرق ، والنعاس أثناء النهار ، فى المدرسة ، وفى النواحى المهنية ، والتى قد تزداد سوءاً .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : في الأفراد المبصرين ، ينخفض حساسية التعرض للضوء ، ويترافق مع ضعف الأنشطة الاجتماعية والبدنية ، والتى يمكن أن تسهم في إحداث خلل فى إيقاع الساعة البيولوجية .

ويترافق كذلك مع وتيرة عالية من الاضطرابات النفسية التي تنطوي على العزلة وعلى الانشغالات الاجتماعية عبر (ساعة ٢٤) من نوعية النوم واليقظة النامية ، بعد

حدوث تغيير في عادات النوم (على سبيل المثال ، العمل في نوبات الليل ، فقدان الوظيفة) .

وتعجل العوامل السلوكية في تركيبة الميل الفسيولوجي ، والذى قد يعجل ف ظهور هذا الاضطراب في الأفراد المبصرين . ويمكن لتلك الاضطرابات النفسية لدى الأفراد في المستشفى العصبية ، بأن تصبح حساسة للمنبهات الاجتماعية ، المهيئة ، والتى تتقلب خلال (٢٤ ساعة من نوع النوم / واليقظة) .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : العمى (كف البصر) هو أحد عوامل الخطر خلال (٢٤ ساعة من نوع النوم /واليقظة) . كما قد يرتبط نوع النوم واليقظة مع إصابات في الدماغ .

العلاقة مع التصنيف الدولي للاضطرابات النوم :

التصنيف الدولي للاضطرابات النوم الطبعة 2 (ICSD-2) ، يميز بين تسعة اضطرابات النوم الإيقاعي ، بما في ذلك نوع اضطراب الرحلات الجوية الطويلة .

اضطرابات إثارة النوم Sleep Arousal Disorders :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

الحلقات المتكررة من الاستيقاظ من النوم الناقص (غير المكتمل) ، عادة ما يحدث خلال الثلث الأول من الحلقة الرئيسة للنوم ، ويرافقه أي واحد من الإجراءات التالية :-

١. نائم : نوبات متكررة من الحركة أثناء النوم والمشي حول السرير، حين يكون الفرد نائماً ، ولا يستجيب نسبيا لجهود الآخرين على التواصل أثنائها (معه / أو معها) ويمكن ألا يستيقظ إلا بصعوبة بالغة .

٢. أهوال النوم : وتشير إلى نوبات متكررة من آثار الإرهاق المفاجئ من النوم ، والذى عادة ما يبدأ مع صرخة الذعر . وقد يصاحبة خوف شديد وعلامات لا إرادية ، مثل توسيع حدقة العين ، وعدم انتظام دقات القلب ، والتنفس السريع ، والتعرق أثناء كل حلقة نوم . وهناك تجاوب نسبي لجهود الآخرين لمواساة الفرد خلال تلك الحلقات .

C . كما يتزامن ذلك مع فقدان الذاكرة الحلقى .

D . الحلقات يسبب الضيق الإكلينيكي المرتبط بضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو بعض المجالات الهامة الأخرى .

E . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل تعاطي المخدرات ، أو دواء) .

F . تعايش الاضطرابات النفسية والطبية لا تفسر حلقات أو أهوال النوم .

ملاحظة الترميز : للـ ICD-9-CM ، رمز لجميع الأنواع الفرعية . ل ICD-10-CM ، ويستند هذا الكود على النوع الفرعي .

تحديد ما إذا كان : (F51.3) من نوع حالة الفرد وهو نائماً .

تحديد ما إذا كان : مع اضطرابات الأكل المرتبط بالنوم مع السلوك الجنسي المرتبط بالنوم (sexsomnia) (F51.4) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من حركة العين غير السريعة لاضطرابات النوم هى الحدوث المتكرر من الآثارات غير المكتملة ، وعادة ما تبدأ خلال الثلث الأول من حلقة النوم الرئيسة ، والتي عادة ما تكون قصيرة ودائمة بين (١-١٠ دقائق) والتى قد يكون طال أمدها ، لمدة تصل إلى (ساعة واحدة) . أما المدة القصوى لهذا الحدث غير المعروف .

وعادة ما تكون العيون مفتوحة خلال هذه الأحداث : العديد من الأفراد – على حد سواء – قد يظهروا أنواع فرعية من الآثارات المتعددة في مناسبات مختلفة ، والتي تؤكد على الفسيولوجيا المرضية الكامنة ، والتى تعكس فرعية الدرجات المتفاوتة من حدوثها وقت واحد من اليقظة / والنوم ، مما قد يؤدي إلى السلوكيات المعقدة الناجمة عن النوم مع درجات متفاوتة من الوعي ، والنشاط الحركي ، وتفعيل السلوكيات اللاإرادية .

ويتم تكرار سمة أساس من سمات حلقات النوم وحلقات السلوك الحركي المعقد ، والتى تبدأ أثناء النوم ، بما في ذلك القيام والمشي حول السرير وهو نائماً ، وقد تبدأ الحلقات خلال أي مرحلة من مراحل النوم ، والأكثر شيوعاً خلال مرحلة تبطئة النوم ، وبالتالي غالباً ما يحدث ذلك خلال الثلث الأول من الليل .

وخلال حلقة النوم قد يحدث خفض يقظة ودرجة استجابة الفرد ، وضعف التجاوب النسبي على التواصل مع الآخرين ، أو من قبل جهود الآخرين لإيقاظه أثناء حلقة (أو على الإستيقاظ في صباح اليوم التالي) ، وقد الفرد يستدعى الفرد جزء محدود من الحلقة . أما بعد الحلقة ، فقد تيكون هناك بداية موجز لفترة من الارتباك أو صعوبة ف توجيههم ، يليها الشفاء التام من الوظيفة الإدراكية والعودة إلى السلوك المناسب .

الميزة الأساس من الأهوال التى تحدث حالة اضطراب النوم ، والاستيقاظ المتكرر المتهور من النوم ، وعادة ما تبدأ بالصراخ أو البكاء المتسم بالذعر .

وعادة ما يبدأ ذعر النوم خلال الثلث الأول من حلقة النوم الرئيسة فى فترة (١-١٠ دقائق) السابقة ، لكنها قد تستمر وقتا أطول بكثير ، لا سيما لدى الأطفال . وترافق تلك الحلقات بواسطة الاستثارة اللاإرادية للإعجاب ولمظاهره السلوكية المتسمة بالخوف الشديد .

من الصعب إيقاظ الفرد خلال الحلقة : إلا أنه يمكن إيقاظ الفرد بعد حلقة اضطراب النوم .

وخلال حلقة من أهوال النوم ، يجلس الفرد فجأة ، وقد يصل إلى السرير وهو يصرخ أو يبكي ، مع التعبير بالخوف ، مع علامات القلق الشديد اللاإرادي (على سبيل المثال ، عدم انتظام دقات القلب ، وسرعة التنفس ، والتعرق) . وعادة ما يكون الفرد غير قادر على الاستجابة لجهود الآخرين لإيقاظه . والتى تُسمى أيضاً بالذعر النومي " الذعر الليلي" .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

يمكن أن تشمل المميزات المرتبطة بدعم التشخيص ، وبحلقات نوم مجموعة واسعة من السلوكيات ، وقد تبدأ الحلقات مع ارتباك الفرد ببساطة فى الجلوس على السرير ، ويدور للبحث عنه ، وقد يصبح هذا السلوك معقداً ثم يتم بصورة تدريجية .

ويجوز للفرد - الواقع تحت هذا التأثير - ترك السرير والمشي في الحجرات ، أو الخروج من الغرفة ، وحتى خارج المنزل . وقد يستخدم الأفراد الحمام ، وتناول الطعام ، والحديث ، والانخراط في سلوكيات أكثر تعقيدا .

ومعظم السلوكيات أثناء حلقات النوم الروتينية ، قليلة التعقيد ، إلا أنها حالات قد تفتح الأبواب وتم الإبلاغ حتى إلى تشغيل الآلات (قيادة السيارة) . أو مع السلوكيات التي تجرى أثناء النوم ، والذى يمكن أن يشمل أيضاً السلوك غير اللائق (على سبيل المثال ، عادة التبول في سلة المهملات) .

معظم الحلقات تستمر لعدة دقائق إلى نصف ساعة ولكنها قد تكون أكثر مطولة : بقدر ما يشكل النوم حالة من التسكين النسبي ، نحو الإصابات المؤلمة أثناء النوم ، والذى قد لا تكون موضع تقدير حتى بعد وقوعها فى فترة الاستيقاظ .

وهناك نوعان من أشكال النوم : والمرتبطة بسلوكيات النوم ، والنوم والأكل المرتبط بالسلوك الجنسي . كما أن الأفراد مع اضطرابات الأكل المرتبطة بالنوم ، يمثلوا تجربة نوبات متكررة غير مرغوب فيها من تناول الطعام مع درجات متفاوتة من فقدان الذاكرة ، وتتراوح من لا وعي / أو وعي كامل من دون القدرة على لا يأكل . وخلال هذه الحلقات ، قد يكون تناول الأطعمة غير ملائم .

أما الأفراد مع اضطراب النوم المرتبط بالأكل ، فقد لا يجد أدلة على ما تناوله من الأكل الوحيد في صباح اليوم التالي . أما الدرجات المتفاوتة من النشاط الجنسي (على سبيل المثال ، الاستمناء ، والملاطفة ، التلمس ، الجماع الجنسي) فيحدث مع السلوكيات المعقدة الناشئة عن مظاهر النوم دون الوعي ، وهذا الشرط هو أكثر شيوعاً في الذكور ، وربما يؤدي ذلك إلى مشاكل خطيرة فى العلاقة بين الأشخاص سواء الطبية ، أو شرعية العواقب .

خلال حلقة نموذجية من أهوال النوم ، غالباً ما يكون هناك شعور من الرهبة الساحقة ، وعلى الرغم من أن صور الحلم المجزأة المتسلسلة (كما في الكوابيس) لم يتم الإبلاغ عنها .

أما الأكثر شيوعاً ، والتي يكون فيها الفرد غير متيقظ تماما ، ولكنه يعود الى حلقة النوم عقب الاستيقاظ صباحاً . وعادة سوف تحدث حلقة واحدة فقط / في الليلة الواحدة . أحيانا عدة حلقات قد تحدث على فترات طوال الليل . نادرا ما تنشأ هذه الأحداث أثناء القيلولة .

معدل الانتشار Prevalence :

اضطرابات النوم المعزولة أو النادرة شائعة جدا في عموم السكان : ويتراوح ما بين ١٠ إلى٣٠ ٪ لدى الأطفال ، بمعدل حلقة واحدة على الأقل من المشي أثناء النوم تصل إلى ٢- ٣٪ أثناء مرحلة النوم في كثير من الأحيان .

أما معدل انتشار اضطراب المشي أثناء النوم ، والذى يتميز بالنوبات المتكررة والضعف أو الضيق ، هو أقل من ذلك بكثير ، وربما في نطاق ١٪ -٥ ٪ . أما معدل الانتشار لحلقات النوم (غير اضطراب النوم) هي ١،٠-٧،٠ ٪ بين البالغين ، وتتراوح الحلقات ما بين أسبوعية إلى شهرية ، والتي تحدث في ٠،٥-٠،٧ ٪ . وبمعدل انتشار لاضطرابات مدى الحياة يصل إلى ٢٩،٢ ٪ أما معدل انتشار الذعر النومي في عموم السكان فهو غير معروف . معدل الانتشار من حلقات رهاب - ذعر - النوم وهو على العكس من اضطراب رهاب النوم ، الذى يقارب ٣٦،٩ ٪ (عند ١٨ شهرا من العمر) وبنسبة ١٩،٧ ٪ في عمر(٣٠ أشهر) وبنسبة ٢،٢ ٪ لدى البالغين .

التنمية والدورة Development and Course :

تحدث اضطرابات النوم الأكثر شيوعاً في مرحلة الطفولة ، وتتناقص في التكرار مع زيادة العمر . وقد تبدأ في البالغين مع عدم وجود تاريخ سابق ، وقد تعود الحالة مع الأطفال مع مسببات معينة ، مثل الانسداد وتوقف التنفس أثناء النوم ، والنوبات الليلية ، أو مع تأثير الدواء .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : اضطرابات استخدام المسكنات ، والحرمان من النوم ، وعدم انتظام الجدول الزمني النوم واليقظة ، والتعب ، والإجهاد البدني أو العاطفي تزيد من احتمال الحلقات . ويمكن أن ينتج الحرمان من النوم زيادة وتيرة اضطرابات النوم (الأريمي) المرتبط بالإثارة .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : هناك تاريخ عائلي للنائم أو مع ذعر النوم ، وقد يحدث فيما يصل الى ٨٠ ٪ من الأفراد وهم نيام . ويتم زيادة خطر اضطراب النوم (إلى ما يصل إلى ٦٠ ٪) من ذرية كلا الوالدين ، والذين لديهم تاريخ من اضطرابات النوم .

الأفراد مع ذعر النوم في كثير من الأحيان لديهم تاريخ عائلي إيجابي ، مع نسب ارتفاع يصل إلى (عشرة أضعاف) من معدل انتشار هذا الاضطراب بين الأقارب من الدرجة الأولى البيولوجية .

ويعد ذعر النوم الأكثر شيوعاً بكثير (في زيجوت التوائم بالمقارنة مع التوائم ثنائي الزيجوت) مع الوضع الدقيق لميراث غير معروف .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين Gender-Related Diagnostic Issues :

النشاط العنيف أو الجنسي أثناء حلقات النوم ، هو أكثر احتمالا للحدوث لدى البالغين . الأكل أثناء حلقات النوم ، ينظر إليها بصورة أكثر شيوعاً في الإناث .

ويحدث ذعر النوم في كثير من الأحيان لدى الإناث أثناء مرحلة الطفولة ، ولكن في كثير من الأحيان في الذكور خلال مرحلة البلوغ . أم فى الأطفال الأكبر سنا والبالغين فهم يتذكرون - أكثر تفصيلا - من صور الخوف المرتبطة مع ذعر النوم أكثر مما يفعل الأطفال الصغار ، والذين هم أكثر عرضة للإصابة الكاملة بفقدان الذاكرة أو التقرير فقط بما يوصف بالشعور الغامض من الخوف .

كما أن ذعر النوم بين الأطفال ، هو الأكثر شيوعاً بين البالغين في الذكور أكثر منه لدى الإناث .

التشخيص الكلى Diagnostic Maricers :

تنشأ شهوة اضطرابات النوم من أي مرحلة من مراحل النوم ولكن الأكثر شيوعاً يحدث أثناء مرحلة النوم العميق (نوم الموجة البطيئة) . والأكثر احتمالا أن يظهر في الثلث الأول لليل ولا يحدث عادة أثناء القيلولة . خلال الحلقة .

ويمكن استخدام دراسة النوم بالتزامن مع رصد الهواجس السمعية البصرية ، بهدف توثيق حلقات نائم . وذلك في غياب استخدام المسجلات ، وقد يزيد الحرمان من النوم من احتمال التقاط الحدث لدى الأفراد الذين يظهروا عدم استقرار النوم العميق ، ولكن التداخل في النتائج مع الأفراد الذين لا ينامون فترة كافية / لا ترتبط مع هذه الأعراض في التشخيص ، وذلك على عكس الآثار المرتبطة بالكوابيس ، والتي ترتبط بزيادة معدل ضربات القلب والتنفس قبل فترة ذعر النوم ، والتي تبدأ بالاندفاع

من النوم ، من دون تغييرات استباقية لاإرادية ، مع مضاعفة / إلى ثلاثة أضعاف معدل ضربات القلب . والتي تتصل بعدم الاستقرار في مراحل أعمق من النوم ، كما لا توجد مؤشرات موثقة من الميل إلى تجربة أهوال النوم .

الآثار الوظيفية لغير اضطرابات النوم :

يتعين القيام بتشخيص اضطراب الاستثارة النوم " الريمي [1] " سواء للفرد أو الأسرة ، ويجب على كافة الأعضاء مواجهة أية ضائقة إكلينيكية مهمة أو إضعافها ، وذلك على الرغم من الخطل النومي الذى قد يحدث أعراضاً غير سريرية ، لدى الأفراد .

كما قد يواجه البعض الحرج بشأن الحلقات التي يمكن أن إضعاف العلاقات الاجتماعية . وقد تؤدى العزلة الاجتماعية أو الصعوبات المهنية إلى تحديد " الاضطراب" والذى يعتمد على عدد من العوامل ، التي قد تختلف على أساس فردي ، وعلى وتيرة الأحداث ، واحتمالات العنف أو السلوكيات الضارة ، والإحراج أمام الآخرين ، أو تعطل محنة أفراد الأسرة الآخرين .

وتقرير الشدة هو افضل ما يتم اتخاذه بناءً على طبيعة أو نتيجة سلوكيات متفاوتة بصورة دائمة ، ومن غير المألوفة ، والتى تتصل باضطرابات النوم " الريمي " والذى قد يؤدي إلى إصابة خطيرة للفرد ، والتي لا تقتصر على إصابة الآخرين ، والذى لا يرتبط بالاضطرابات النفسية الكبيرة ، ومع السلوكيات الغذائية المرتبطة بالنوم ، أو مع سلوكيات تناول الطعام أثناء فترة النوم ، والتي قد تتسبب في مشاكل مثل ضعف السيطرة على مرض السكري ، وزيادة الوزن ، أو مع عواقب تناول مواد خطرة .

---

(١) النوم الريمى : يمر فيه الفرد بدورات يتناوب فيها النوم العميق مع النوم الريمى، وفى أثناء النوم الريمى نرى أحلامنا ومنه يحدث الانتقال بسهولة ويسر إلى اليقظة والانتباه ، والمولودون حديثا تبدأ دورة النوم الريمى وليس بالنوم العميق كما فى الكبار، وتكون فترته طويلة حتى إنه يستغرق أكثر من ٦٠٪من فترة النوم الكلية، وتلعب فترة النوم الريمى الطويلة فى المولدين حديثا دورا مهما فى نضج الجهاز العصبي وفى اكتساب قدراته الإدراكية والحركية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

إضطراب الكابوس : على النقيض من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النوم / مع اضطراب الكابوس عادة ما يتيقظ بسهولة وبشكل كامل ، وذلك مع تقارير حية للأحلام التي ترافق تلك الحلقات ، والتى تميل إلى أن تشكل الحلقات المتتابعة في وقت لاحق من الليلة .

وتحدث اضطرابات النوم خلال النوم الإريمي ، بينما تحدث الكوابيس عادة أثناء النوم ، كما قد يعانى آباء وأمهات الأطفال / الذين يعانون من اضطرابات استثارة النوم الاريمي ، والتى قد تسيء تفسير تقارير الصور المجزأة كما فى الكوابيس .

اضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس : يمكن لاضطرابات التنفس أثناء النوم أن تنتج الآثار المختلطة / مع فقدان الذاكرة اللاحق . ومع ذلك فإن اضطرابات النوم ذات الصلة بالتنفس ، قد تتميز أيضاً بالأعراض المميزة من الشخير والتنفس المؤقت ، والنعاس خلال مرحلة النهار . في بعض الأفراد ، قد يحدث اضطراب النوم المتصل بالتنفس ، والذى قد يعجل من حلقات النوم المضطرب .

اضطراب النوم السلوكى : قد يكون من الصعب التمييز بين اضطراب النوم السلوكى ، وبين اضطرابات النوم الاستثارى . ويتميز اضطراب النوم السلوكى بواسطة حلقات بارزة ، وتحركات معقدة ، والتى غالباً ما تنطوي على إصابة شخصية ناشئة من النوم . وعلى النقيض من اضطرابات النوم المرتبط بالشهوة ، فقد يحدث اضطراب النوم السلوكى .

أثناء النوم : قد يتيقظ الأفراد بسهولة مع / اضطراب النوم السلوكى ، والإبلاغ عن محتوى حياً وأكثر تفصيلا للحلم ، بالمقارنة مع اضطراب النوم الإريمي . والذين غالباً ما يفيدوا بأنهم "يتصرفون خارج الأحلام" والتى تشكل متلازمة تداخل الخطل النومي . وتتكون متلازمة الخطل النومي ، مع التداخل السريري ، مع اضطراب السلوك أثناء النوم .

النوبات المرتبطة بالنوم : بعض أنواع النوبات يمكن ان تنتج حلقات عادية جدا من السلوكيات التي تحدث في الغالب أو حصرا أثناء النوم . وذلك مثل النوبات الليلية / المترافقة مع اضطرابات النوم الاريمي والذى يميل إلى أن يكون أكثر نمطية

في الواقع ، والذى يحدث عدة مرات ليلا ، ويكون فيه الفرد أكثر عرضة للتحدث أثناء النوم فى فترة القيلولة .

يجب أن تصنف النوبات المرتبطة بالنوم باعتبارها شكلا من أشكال الصرع : أو مع انقطاع التواصل وفقدان الوعى الناجم عن الكحول . والذى قد يترافق مع سلوكيات غاية فى التعقيد في غياب اقتراحات مواد أخرى لإحداث حالة من التسمم (المخدرات / الأدوية) . والتى لا تنطوي على فقدان وعي كامل / بل تعكس تعطيل معزول لذاكرة الأحداث خلال حلقة الشرب (الخمور مثلاً) .

وقد يمكن تمييز هذه السلوكيات عن تلك ينظر في اضطراب النوم الإريمي ، واضطرابات الإثارة أثناء النوم / وذلك مثل : فقدان الذاكرة الفصامي ، مع شرود فصامي .

وقد يكون الشرود الفصامي من الصعب تمييزه للغاية أثناء النوم ، وذلك خلافا لجميع اضطرابات " الباراسومنياس" الأخرى ، أو مع اضطراب فصامي ليلي ، والذى ينشأ أثناء الشرود من فترة اليقظة أثناء النوم ، بدلا من اندفاعات النوم دون تدخل اليقظة فجأة .

وهناك تاريخ ناتج من مرحلة الطفولة / سواء منها الاعتداءات الجسدية المتكررة أو الاعتداء الجنسي والذي عادة ما يكون (من الصعب الحصول على أدلة عليه) . كما يترافق مع التمارض أو السلوك الطوعي الآخر الذى يحدث أثناء اليقظة . كما هو الحال مع الشرود الفصامي ، أو تمارض السلوك الطوعي الآخر ، والذى قد يحدث أثناء اليقظة .

اضطرابات الهلع : والتى يمكن أيضاً أن يسبب نوبات ذعر الاستيقاظ المفاجئ من النوم العميق الإريمي والمترافق مع الخوف ، وتنتج هذه الحلقات الاستيقاظ السريع والكامل دون حدوث إرتباك وفقدان الذاكرة ، أو نشاط حركي نموذجي من اضطراب استثارة النوم الإريمى .

السلوكيات المعقدة التي يسببها الدواء : فهى سلوكيات مشابهة لتلك الموجودة في النوم الإريمي واضطرابات استثارة النوم ، والناجمة عن استخدام أو الانسحاب من المواد أو الأدوية (على سبيل المثال ، البنزوديازيبينات ، المنومات المهدئة ، المواد

الأفيونيـة ، والكوكـايين ، والنيكـوتين ، ومـضادات الـذهان ، ومـضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، والكلورال هيدرات) . والتى قد تنشأ مثل هذه السلوكيات ، والتى ربما تكون معقدة للغاية أثناء فترة النوم .

ويبدو أن تلك الفسيولوجيا المرضية الكامنة ترتبط مع فقدان الذاكرة المعزول نسبيا . وذلك في مثل هذه الحالات ، التي يسببها الدواء / مع اضطراب النوم ، ومع نوع الخطل النومي ، والذى يجب تشخيصه جيداً (انظر "اضطراب النوم الناجم عن . . " لاحقاً في هذا الفصل) .

متلازمة الأكل ليلا : وهى شكل من اضطراب النوم ذات الصلة ، والذى يجب تفريقه عن متلازمة الأكل ليلا ، من حيث تأثره بإيقاع الساعة البيولوجية (المتصل بتناول الطعام) عنه مع متلازمة الأكل ليلاً المترافق مع الأرق أو الاكتئاب .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

لا يوجد ارتباط لدى البالغين / فى وجود الاعتلال المشترك أثناء النوم / وبين نوبات الاكتئاب الكبرى واضطراب الوسواس القهري . أما فى الأطفال أو البالغين الذين يعانون من ذعر النوم ، فقد يتعافوا مع علاج القلق والاكتئاب .

إضطراب الكابوس Nightmare Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F51.5) :

A . الحوادث المتكررة الممتدة ، والمزعجة للغاية ، أو تذكر الأحلام بصورة جيدة ، والتي قد تنطوي عادة على جهود تجنب الأخطار التي قد تهدد السلامة البدنية ، والتي تحدث عادة خلال النصف الثاني من حلقة النوم الرئيسة .

B . في الاستيقاظ من الأحلام المزعجة ، يأخذ الفرد - بسرعة - منحى حالة التأهب .

C . اضطراب النوم يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة ، مع ضعف في أداء العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو بعض المجالات الهامة أخرى .

D . أعراض كابوس لا تعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (على سبيل المثال ، وهو دواء من الاعتداء ، وهو دواء) .

E . تعايش الاضطرابات النفسية والطبية لا تفسر على نحو كاف الغالبة شكوى من الأحلام منزعج .

تحديد ما إذا كان : خلال بداية النوم .

تحديد ما إذا كان : بما يرتبط بها من اضطراب عدم النوم ، بما في ذلك اضطرابات تعاطي المخدرات بما يرتبط بها من حالة طبية أخرى بما يرتبط بها من اضطرابات النوم الأخرى .

ملاحظة الترميز : رمز (F51.5) ينطبق على جميع المحددات الثلاثة ، ويرتبط أيضاً باضطراب عقلي ذات صلة ، بحالة طبية ، أو غيرها من اضطرابات النوم الفورية مثل اضطراب الكوابيس .

تحديد ما إذا كان : -

- **الحاد** : مدة فترة الكوابيس هو الشهر الواحد ، أو أقل .
- **تحت الحاد** : مدة فترة الكوابيس أكبر من مرة واحدة في الشهر ولكن أقل من ٦ أشهر .
- **الثابتة** : مدة فترة الكوابيس هو ستة أشهر أو أكثر .

تحديد شدة الحالي : يمكن تقييم شدة التواتر الذي يحدث فى الكوابيس : -

- خفيف : أقل من حلقة واحدة في الأسبوع في المتوسط .
- معتدل : واحد أو أكثر من نوبات في الأسبوع ولكن أقل من ليلة واحدة .
- شديد : ليالى متتالية كاملة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الكوابيس عادة ما تكون طويلة ، ومعقدة ، مثل قصة متواليات من صور الحلم الذي تبدو قد حقيقية والتي تحرض على القلق ، والخوف ، أو العواطف المزعجة الأخرى .

أما محتويات الكابوس فيركز عادة على محاولات لتجنب أو مواجهة الخطر الوشيك ، والتى قد تنطوي على المواضيع التي تثير المشاعر السلبية الأخرى . وتحدث الكوابيس بعد تجارب مؤلمة قد تتكرر كحالة مهددة فى معظمها ، والتى تدفع على الاستيقاظ ، ويتم تذكر الكوابيس جيدا ، كما يمكن وصفها بالتفصيل .

كما أن ظهورها على وجه الحصر تقريبا / يتضح من خلال حركة العين السريعة من النوم ، والذى يمكن أن يحدث في مرحلة النوم التالي ، والتى تقع على الأرجح في النصف الثاني من حلقة النوم الرئيسة ،وعندها يكون الحلم أطول وأكثر كثافة .

أما العوامل المبكرة التي تزيد من كثافة الكابوس ، ارتباطه بحالات مثل تجزئة النوم أو الحرمان ، أو ما يحدث نتيجة اضطراب الرحلات الجوية الطويلة ، والأدوية الحساسة ، والتي قد تيسر - في وقت لاحق - حدوث الكوابيس في الليل ، بما في ذلك حدوث اضطراب بدايات النوم .

وعادة ما تنتهي الكوابيس بالاستيقاظ ، ثم العودة السريعة لليقظة الكاملة . ومع ذلك ، فقد تستمر العواطف المزعجة في فترة اليقظة ، والتي تسهم في صعوبة العودة للنوم مع انزعاج شديد ودائم نهاراً .

كما أن بعض الكوابيس ، والمعروفة باسم " أحلام سيئة " قد لا تحفز على الاستيقاظ ، وإذا حدثت الكوابيس خلال فترات النوم ، فإنه كثيراً ما يرافق ذلك ظهور عواطف مزعجة ، مثل عدم القدرة على التحرك / شلل النوم الطوعي (المعزول) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

تظهر استثارة لا إرادية خفيفة ، بما في ذلك العرق ، وعدم انتظام دقات القلب وتسارع النفس ، وقد يتميز بالكوابيس ، وحركات الجسم والألفاظ العشوائية ، ولكن مثل هذه التصرفات في ظل ظروف الإجهاد العاطفي أو تجزئة النوم ، واضطراب ما بعد الصدمة .

وعندما يحدث ذلك ، مع تجييش العواطف ، والذى عادة ما يمر كحدث وجيز ينتهي معه الكابوس . كما أن الأفراد مع الكوابيس المتكررة هم في خطر أكبر بكثير عن التفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) أو محاولات ذلك ، حتى عندما يؤخذ المرض العقلي بين الجنسين في الاعتبار .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار الكوابيس يزداد خلال منذ مرحلة الطفولة المبكرة / إلى مرحلة المراهقة ، وهناك نسب تتراوح من ١,٣- ٣,٩ ٪ من الآباء قرروا أن أطفالهم فيما قبل المدرسة لديهم كوابيس غالباً ، وذلك مع زيادة معدل انتشارالأعمار من ١٠ إلى ١٣ لكل من الذكور والإناث ، والتى تستمر في تزايد مستمر للأعمار من سن ٢٠-٢٩

للإناث ، (بينما تتناقص بالنسبة للذكور) ، والتي يمكن أن تكون ضعفي عددها لدى الإناث / بالمقارنة بالذكور .

أما معدل الانتشار فينخفض باطراد مع التقدم في العمر لكلا الجنسين ، ولكن الفرق بين الجنسين يبقى واضحاً بين البالغين ، كما أن معدل انتشار الكوابيس قد يصل على الأقل شهريا ٦ ٪ ، في حين أن معدل انتشار الكوابيس المتكررة هو ما بين ١ ٪ - ٢ ٪ . وغالباً ما تشير التقديرات إلى التجمع حول مفهوم (مجهول السبب) أو إلى كوابيس ما بعد الصدمة التي تتم بشكل عشوائي .

التنمية والدورة Development and Course :

وغالباً ما تبدأ الكوابيس مع الذين تتراوح أعمارهم ما بين (٣ و٦) سنوات ولكن الوصول إلى ذروة معدل الانتشار وشدته فتصل في أواخر مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر . وتظهر الكوابيس على الأرجح عند الأطفال ، عندما يتعرضوا لضغوطات نفسية حادة أو مزمنة ، والتي قد لا تزول عفويا لدى الأقلية منهم ، إلا أن تلك الكوابيس قد تستمر بصورة متكررة حتى سن البلوغ ، والتي قد تصبح بصورة عملية / تشكل اضطراب مدى الحياة . وعلى الرغم من أن محتوى معين للكابوس قد يعكس عمر الشخص ، وقد يعكس كذلك السمات الأساس للاضطراب الذي يعبر بجلاء عن الفئة العمرية .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : يبدو الأفراد الذين يعانون من الكوابيس ، أكثر تواترا واتصالاً بالأحداث السلبية الأولى من حياتهم ، وكثيراً ما تم عرض اضطرابات شخصية / أو خضوعهم لتشخيص من أمراض نفسية .

المخاطر البيئية : الحرمان من النوم أو تجزئته ، أو جداول النوم / واليقظة غير النظامية ، والتي يمكن أن تتغير مع كمية النوم ، وهو ما يمكن به وضع الأفراد في خطر التعرض للكوابيس .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : حددت دراسات التوائم التأثيرات الجينية المسهمة فى حدوث الكوابيس مع باراسومنياس أخرى[1] . أما المعدلات فتشمل السلوكيات السريرية للوالدين ، والقدرة على التكيف ، مثل إعادة الطفل للهدوء عقب المرحلة التالية للكوابيس ، والذى قد يقي من تطوير الكوابيس المزمنة .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافي Culture-Related Diagnostic issues :

الأهمية المنسوبة إلى الكوابيس قد تختلف من ثقافة إلى أخرى ، كما أن حساسية مثل هذه المعتقدات قد ُتسهل الكشف عن أسباب تلك الكوابيس .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين
Gender-Related Diagnostic Issues :

الكوابيس المتكررة – أكثر وضوحاً – فى الإناث البالغات / عنها لدى الذكور البالغين . أما محتوى الكابوس فيختلف حسب الجنس ، حيث يميل مع الإناث البالغات إلى تقديم تقرير موضوعي عن موت أحد المقربين ، فى حين يميل لدى الذكور البالغين إلى تقديم تقرير موضوعي بدني حول العدوان أو الحروب .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

أثبتت الدراسات أن الاستيقاظ المفاجئ من النوم عادة ما يكون في النصف الثاني من الليل ، وذلك قبل حدوث الكابوس ، والذى يتأثر من حدوثه كل من القلب ، والجهاز التنفسي ، وحركة العين ، والتى قد تسرع أو تزداد في التقلبات قبل الاستيقاظ .

أما الكوابيس التالية فقد تنشأ أيضاً أثناء الأحداث غير المؤلمة ، ولا سيما المرحلة الثانية من مرحلة النوم النموذجية مع الأفراد الذين يعانون من الكوابيس (على سبيل المثال ، انخفاض الكفاءة ، وفترة نوم أقل، والاستيقاظ أكثر) ، مع حركات الساق

---

(١) باراسومنياس هي اضطرابات النوم التي تشمل اضطرابات الإثارة الجزئية ، والإثارة فى مرحلة النوم الانتقالية ، وبعض من هذه الاضطرابات تقع ضمن أكثر الفئات تشمل المشي أثناء النوم ، رعب الليل ، والتحدث أثناء النوم ، مع تشنجات الساق ، والتى تحدث ليلاً بصورة أكثر وضوحاً .

الدوري الأكثر تواترا في النوم ، المترافق مع تنشيط الجهاز العصبي بعد الحرمان من النوم .

العواقب الوظيفية من اضطراب الكابوس :

تُسبب الكوابيس الضيق الشخصي ، والأكثر أهمية فى النواحى الاجتماعية أو المهنية ، مع انخفاض الذات . ومع ذلك ، إذا تم الاستيقاظ بشكل متكرر فقد يؤدي إلى تجنب النوم ، وقد يواجه الأفراد النعاس المفرط أثناء النهار ، وضعف التركيز والاكتئاب والقلق ، والتهيج أو كوابيس الطفولة المتكررة (على سبيل المثال ، عدة كوالبيس في الأسبوع) ، والذى قد يسبب ضائقة مهمة للوالدين والطفل .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطراب الرعب فى النوم : كلا من اضطراب الكابوس/ واضطراب الرعب فى النوم يشمل الاستيقاظ أو الاستيقاظ الجزئي مع الخوف والتفعيل اللاإرادي ، ولكن اثنين من هذه الاضطرابات مختلفة . فقد تحدث الكوابيس عادة في وقت لاحق في الليل ، وأثناء النوم وتُسفر عن الاستيقاظ ، وإلى تذكر الأحلام بوضوح؛ مع الاستثارة اللاإرادية الخفيفة ، أو الاستيقاظ الكامل .

وينشأ ذعر النوم عادة في الثلث الأول من الليل أثناء المرحلة (٣ أو ٤) من النوم والتى لا يتم فيها تذكر الحلم أو الصور بصورة جيدة .

وقد تؤدى الأهوال إلى الاستيقاظ الجزئي ، وترك الفرد مشوشاً ، والتى تستجيب جزئيا فقط مع الإثارة اللاإرادية الكبيرة . وعادة ما يكون هناك فقدان للذاكرة لهذا الحدث في الصباح .

اضطراب النوم السلوكى : ويتصل بالنشاط الحركي المعقد ، يتم خلاله رؤية أحلام مخيفة ، قد تدفع إلى مزيد من التقييم نحو اضطراب السلوك النومى ، والذي يحدث عادة بين أكثر الذكور في منتصف العمر ، وذلك على عكس اضطراب الكابوس ، والذى قد يرتبط مع حلم عنيف - فى كثير من الأحيان - وتاريخ من الأحداص الليلية . ويوصف ذلك باضطراب النوم السلوكى ، والذى يقرره المرضى كما فى الكوابيس ، إلا أنه يمكن السيطرة عليه باستخدام الدواء المناسب .

الفجيعة : قد تحدث الأحلام خلال الفجيعة المزعجة ، والتى عادة ما تنطوي على الخسارة والحزن والتى ترتبط بانعكاس الذات وضعف البصيرة .

الخدار : الكوابيس هي شكوى متكررة في الخدار ، والذى يتصل بالنعاس المفرط ، والإنفعالية الزائدة لهذا الشرط من اضطراب الكوابيس .

نوبات ليلية : نادرا ما تظهر النوبات الليلية كما فى الكوابيس ، والتى ينبغي تقييمها مع دراسات النوم المستمر . وعادة ما تنطوى النوبات الليلية على النشاط الحركي النمطي ، وبالكوابيس المرتبطة بها .

والتى غالباً ما تكون متكررة في الطبيعة / أو تعكس ملامح صراع محتوى هالات أحداث نهارية (على سبيل المثال ، الخوف غير المبرر) .

اضطرابات في الشهوة : وخاصة الأثار والمشاعر المختلطة ، والتى قد تكون موجودة أيضاً .

اضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس : اضطرابات النوم المتعلقة بالتنفس يمكن أن تؤدي إلى الاستثارة اللاإرادية ، والتى لا تقترن عادة باستدعاء الكوابيس .

إضطرابات الهلع : الهجمات التي تنشأ أثناء النوم يمكن أن تُسفر عن الاستيقاظ المفاجئ اللاإرادي ، وعادة ما يتم الإبلاغ عن الإثارة والخوف ، إلا أن هذه الكوابيس والأعراض تماثل نوبات الهلع التي تنشأ أثناء اليقظة .

إضطرابات النوم المتعلقة بالفصام : قد يتذكر الأفراد الفعل البدني أو الصدمة العاطفية بأنه "حلم" أثناء الاستيقاظ الموثق بالمخ .

الأدوية أو تعاطي المخدرات : يمكن للعديد من المواد المخدرة ، والأدوية أن تُعجل من ظهور الكوابيس ، بما فى ذلك مضادات بيتا الأدرينالية / وخافضات ضغط الدم الأخرى / والأمفيتامين والكوكايين ، والمنشطات الأخرى / ومضادات الاكتئاب ، والتدخين ، والإيدز ، ووقف إفراز هرمون الميلاتونين .

وقد يتأثر ظهور الكوابيس بسحب أدوية النوم القامع (على سبيل المثال ، مضادات الاكتئاب) والكحول : والذى يمكن أن ينتج انتعاش النوم برفقة الكوابيس .

وإذا كانت الكوابيس شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل والكافى لتشخيص الكوابيس واضطراب النوم ، فينبغي معها إعادة النظر فى المادة التي يسببها الدواء فى حدوث تلك الاضطرابات .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يمكن أن تحدث الكوابيس المرضية مع العديد من الأسباب المرضية الطبية ، بما في ذلك قصور الشريان التاجي للقلب ، ومرض السرطان ، والشلل الرعاش ، والألم ، كما يمكن أن تصاحب العلاجات الطبية ، مثل غسيل الكلى ، أو الانسحاب من الأدوية أو إساءة استخدام المواد الأخرى المختلفة .

وترتبط الكوابيس بشكل متكرر ، مع غيرها من الاضطرابات النفسية ، بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة ؛ اضطراب الأرق ؛ الفصام ؛ الذهان ؛ اضطرابات المزاج ، والقلق ، والتكيف ، واضطرابات الشخصية ، والحزن خلال الفجيعة .

وينبغي النظر في تشخيص اضطراب الكابوس المتزامن والمبرر للاهتمام السريري (فقط عندما يتم استيفاء أي من معاييره) . والتي لا تنفصل عن التشخيص الضروري .

ويجب أن يتم سرد الظروف المرضية المناسبة المحددة لفئة التشخيص . ومع ذلك ، فقد يتم تشخيص اضطراب كابوس كإضطراب منفصل في الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة ، حتى إذا كانت الكوابيس لا علاقة لها زمنيا باضطراب ما بعد الصدمة (أي السابقة عليها وقد تحل أعراض اضطراب ما بعد الصدمة أو غيرها بعد استمرار غيرها من الإضطرابات) .

وعادة ما تشكل الكوابيس سمة من سمات اضطراب السلوك النومى ، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطراب الإجهاد الحاد ، وقد يكون اضطراب الكابوس مشفراً بشكل مستقل ، إذا سبقت الكوابيس حالة توتر أو شدة تستوجب معها الانتباه السريري المستقل ، والتي يحددها السؤال : ما إذا كانت تلك الكوابيس تمثل مشكلة قبل بداية الاضطراب الآخر / أو إذا ما إذااستمرت بعد التحويل لأعراض أخرى .

إضطراب الكابوس :

معايير التوصيف Diagnostic Criteria (G47.52) :

يتميز اضطراب النوم بحركة العين السريعة أثناء النوم ، وفق معايير التشخيص (G47.52) التالية :

A . نوبات متكررة من الإثارة أثناء النوم ، ترتبط مع النطق المعقد ، ومع السلوكيات الحركية .

B . هذه السلوكيات تنشأ أثناء حركة العين السريعة من النوم ، وبالتالي عادة ما تحدث أكثر من ٩٠ دقيقة بعد بداية النوم ، وهي أكثر تواترا خلال الأجزاء اللاحقة من فترة النوم ، والتى تحدث بشكل غير مألوف أثناء القيلولة .

C . عند الاستيقاظ من هذه الحلقات ، يصبح الفرد مستيقظا تماما ، وفي حالة تأهب ، مع الخلط أو بظهوره مشوشاً .

D . أي من ما يلي : -

١.النوم دون تسجيل الحالة .

٢. وجود تاريخ اضطراب سلوك نومى حتي يتم تشخيصه (على سبيل المثال ، مرض باركنسون) .

E . السلوكيات يسبب الضيق إكلينيكية هامة أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو المجالات الهامة الأخرى التي يضطلع بها (والتي قد تشمل إصابة (الزوج / الزوجة) فى الفراش) .

F . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، تعاطي المخدرات ، والدواء) أو لحالة طبية أخرى .

G . التعايش مع الاضطرابات النفسية والطبية لا تفسر الحلقات .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يتم تكرار سمة أساس من سمات حركة العين السريعة لاضطراب السلوك النومى أثناء حلقة من الإثارة ، وغالباً ما يرتبط بالألفاظ أو السلوكيات الحركية المعقدة الناشئة من النوم .

وغالباً ما تعكس هذه السلوكيات الاستجابات الحركية لمحتوى الأحلام العنيفة المملوءة - مثلاً - بتعرضه لهجوم ، أو السقوط من مرتفع إلى مكان سحيق ، أو محاولة للهروب من حالة تهدده ، والذي يمكن أن يسمى حلم السلوكيات .

وقد تكون الألفاظ الصادره عن الحالة - في كثير من الأحيان - بصوت عال ، ومليئة بالعاطفة ، وقد تكون هذه السلوكيات مزعجة جدا للزوج فى السرير ، وربما يؤدي إلى ضرر ذي شأن (على سبيل المثال ، السقوط ، والقفز ، أو الوقوف على السرير ؛ أو تشغيل اللكم ، والضرب والركل) .

وبعد الاستيقاظ من النوم ، يصبح الفرد مستيقظا على الفور ، وفي حالة تأهب (C) وغالباً ما يكون قادرا على تذكر النشاط العقلي للحلم ، والذي يرتبط بشكل وثيق مع السلوك الملاحظ ، فى حين تبقى العيون عادة مغلقة خلال هذه الأحداث .

أما تشخيص اضطراب السلوك النومى ، فيتطلب ضائقة إكلينيكية مهمة أو ضعف (E) ، وهذا التقرير يعتمد على عدد من العوامل ، بما في ذلك : وتيرة الأحداث ، واحتمالات العنف أو السلوكيات الضارة ، الحرج ، والضيق لدى أفراد الأسرة الآخرين .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

يستند أفضل تقرير بالشدة ، ضرورة الاستناد إلى طبيعة أو نتيجة السلوك بدلا من الاعتماد على مجرد تردد عدد الحالات . وعلى الرغم من أن تلك السلوكيات عادة ما تكون بارزة وعنيفة ، إلا أنها قد تحدث أيضاً سلوكيات أقل مما سبق وتمر مرور الكرام .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار اضطراب السلوك النومى يقترب من (٠,٣٨ -٠,٥ ٪) لدى عموم السكان . أما معدل انتشار المرض في المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية فقد تكون أكبر ، وربما تتعلق بالأدوية الموصوفة للاضطراب النفسي .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

بداية اضطراب السلوك النومى قد يتم بصورة تدريجيا أو بسرعة ، إلا أنه عادة ما يكون تدريجياً . ويرتبط اضطراب السلوك النومى بالاضطرابات العصبية ، والذى قد

يتحسن ، إذا عولجت وتحسنت تلك الاضطرابات العصبية الأساسية ، والتى من أبرزها واحدة من (مرض باركنسون ، ونظام الضمور المتعدد ، أو اضطراب عصبي رئيس ، أو خفيف) ، وينبغي إذن أن تراقب الحالة العصبية عن كثب لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك النومى .

ويؤثر اضطراب النوم على السلوك بأغلبية ساحقة لدى الذكور الأكبر سنا من ٥٠ عاما ، ولكن على نحو متزايد يتم تحديد هذا الاضطراب في الإناث والأفراد الأصغر سنا . أما الأعراض في الأفراد الشباب ، ولا سيما لدى الشابات ، فينبغي رفع إمكانية الخدار (النعاس) التي يسببها دواء اضطراب السلوك النومى .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

العديد من الأدوية الموصوفة على نطاق واسع تؤثر على العوامل الفسيولوجية ، بما في ذلك مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، ومثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية ، بافراز امتصاص مثبطات السيروتونين ، وحاصرات بيتا ، وكل ما سبق قد يؤدي إلى أدلة اضطراب السلوك النومى . كما أنه - من غير المعروف - ما إذا كانت هذه الأدوية في حد ذاتها - هى - نتيجة لاضطراب في السلوك النوم / أو أنها تكشف الإستعداد الكامن لحدوثه .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Maricers :

النتائج المختبرية المرتبطة بدراسات النوم تشير إلى زيادة النشاط الطوري أثناء النوم ، والذي يرتبط عادة مع حركة العضلات . ونتيجة لزيادة نشاط العضلات ، يتم التأثير بنسب مختلفة على مجموعات مختلفة من العضلات ، ولهذا السبب ، يقترح أن يشمل التشخيص رصد تحت الذقن ، ومجموعات العضلات الظنبوبية [1] الأمامية الثنائية .

ويجوز أن تشمل النتائج الأخرى لجهاز اختبارات النوم المتكررة جدا ، ضبط النشاط الكهربائي الدوري وغير الدوري خلال النوم ، والتى توجد تقريبا في جميع

(١) العضلة الظنبوبية : أو عضلة الساق الأمامية عضلة طويلة ، محورية الشكل تقع على الجهة الأمامية للساق ، وتعمل على الثني الخلفي للقدم، والثني للداخل (أي رفع الجزء الداخلي من القدم) .

حالات اضطراب السلوك النومى ولكن قد يكون أيضاً نتيجة لسلوكيات فترة الحلم السريرية الضروري لتشخيص سلوك اضطراب النوم . النوم مع جهاز" دون ونى " (جهاز لمراقبة آلية اختبارات النوم) يقيس فقط السلوكيات والأعراض ، والتى لا تشير ما إذا كانت تتم فى معزل عن النوم ، أو إنها تشير إلى مقدمة لاضطراب السلوك النومى .

إضطراب سلوك العين السريعة للنوم

Rapid Eye Movement Sleep Behavior Disorder :

قد يحدث اضطراب السلوك النومى في مناسبات معزولة (غير الخاضعة للرصد المباشر) في الأفراد ، وقد يحدث حرج لدى الأفراد بشأن الحلقات التى يمكن أن تُضعف العلاقات الاجتماعية . وقد يتجنب الأفراد الحالات التي تتصل ببينة من الاضطراب ، مثل زيارة الأصدقاء بين عشية وضحاها ، أو النوم مع (الزوج / الزوجة) فى السرير ، كما قد يؤدى إلى العزلة الاجتماعية أو المهنية ، والتى يمكن أن تؤدي إلى صعوبات غير مألوفة ، كما قد يؤدى اضطراب النوم السلوكى إلى نتائج خطيرة ، قد تمتد لإصابة (الضحية) أو إلى الزوج فى السرير .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

عرض باراسومنياس .[1] يشير إلى آثار الخلط ، فى ذعر النوم ، والذى يمكن أن يخلط بسهولة بينه وبين اضطرابات سلوك النوم ، وبشكل عام ، تحدث هذه الاضطرابات لدى الشباب . وعلى عكس اضطراب السلوك النومى ، فإنه ينشأ من النوم العميق ، وبالتالي يميل إلى أن يحدث في الجزء المبكر من فترة النوم .

---

(١) اضطراب باراسومنياس : +هو مجموعة من اضطرابات النوم التي تتميز بحركة غير عادية، وبالتصور، والسلوك والأحلام ، وذلك حين يكون الشخص ما بين مختلف مراحل النوم أو الاستيقاظ من النوم ، وعادة ما تحدث هذه المشاكل في الوقت إما يكون مستيقظا / مع حركة العين غير السريعة (NREM) النوم ، أو في حركة العين السريعة (REM) من النوم ، وبعض من هذه الاضطرابات تقع ضمن أكثر الفئات التى تشمل المشي أثناء النوم ، ورعب الليل ، والتحدث أثناء النوم ، وغيرها.

ويرتبط الاستيقاظ بالخلط مع الإثارة والارتباك ، وتذكر الحلم بصورة غير مكتملة نتيجة للنشاط العقلي المصاحب للسلوك . ويرصد جهاز اختبارات النوم آثار تلك الاضطرابات العادية .

نوبات ليلية : تُشبه النوبات الليلية تماما اضطراب السلوك النومى ، ولكن تلك السلوكيات النمطية عادة ما تكون أكثر . ويرصد توظيف جهاز اختبارات النوم كامل الاستيلاء .

توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي : قد يؤدي توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي إلى سلوكيات تميزه عن اضطراب السلوك النومى . ويجب التفريق بينهما في هذه الحالة .

إضطرابات فصامية أخرى محددة (المتعلقة باضطراب النوم الفصامي النفسي) : على عكس تقريبا من اضطراب باراسومنياس الآخر ، والذى يُحدث اندفاعا من النوم ، وقد ينشأ عنه سلوكيات فصامي التنفس ، والتى تتضح فى فترة اليقظة عقب فترة النوم . وذلك على العكس من اضطراب سلوك النوم ، وهذا الشرط هو أكثر معدلات الانتشار في الإناث الصغار .

التمارض : كثير من الحالات التى يتمارض فيها الفرد تُشير إلى إشكالية حركات النوم ، والتى تحاكي تماما المظاهر السريرية لاضطراب السلوك النومى .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يصل معدل اضطراب السلوك النومى إلى حوالي ٣٠ ٪ من المرضى الذين يعانون من حالة الخدار [1] . وتعكس التركيبة السكانية العمرية الأصغر سنا مجموعة من اضطراب الخدار ، مع نسب متساوية في الذكور والإناث . وبناء على النتائج المستخلصة من فحص لأفراد فى العيادات ، فإن معظم الأفراد (> ٥٠ ٪) يبدأ معه

(١) الخدار : هو اضطراب النوم المزمن الذي يتميز بالنعاس خلال فترات النهار والشعور المفاجئ بالنوم ، حيث يعاني مرضى الخدار من صعوبة في الاستيقاظ لفترات طويلة مما يسبب اضطرابات في الروتين اليومي.

الاضطراب - مع مجهول السبب - ثم قد يتم تطوير اضطراب السلوك النومى إلى مرض يختص بالأعصاب في نهاية المطاف ، أو مع احدة من (مرض باركنسون ، وضمور النظام العصبي المتعدد ، أو اضطراب عصبي رئيسة أو خفيف) . وغالباً ما يسبق اضطراب السلوك النومى أي علامة أخرى من هذه الاضطرابات ، إلا بعد سنوات عديدة (في كثير من الأحيان أكثر من عقد من الزمان) .

متلازمة تململ الساقين Restless Legs Syndrome :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (G25.81) :

A . رغبة ملحة لتحريك الساقين ، غالباً ما يرافقها استجابة غير مريحة وأحاسيس غير سارة في الساقين ، وتتميز بما يلي : -

١.الرغبة في تحريك الساقين تبدأ أو تسوء أثناء فترات الراحة أو الخمول .

٢. الرغبة في تحريك الساقين جزئيا أو كليا من بدء الحركة .

٣. الرغبة في تحريك الساقين هو الأسوأ في المساء أو في الليل / عنه خلال النهار ، أو يحدث فقط في المساء أو في الليل .

B . الأعراض في المعيار A تحدث على الأقل ثلاث مرات في الأسبوع ، وتستمر لمدة ٣ أشهر على الأقل .

C . الأعراض في المعيار A مصحوبة بضائقة كبيرة أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية والتعليمية والأكاديمية والسلوكية ، أو غيرها من مهام العمل .

D . الأعراض في المعيار A لا تعزى إلى اضطراب عقلي آخر أو إلى حالة طبية (على سبيل المثال ، التهاب المفاصل ، وذمة الساق ، ونقص التروية المحيطية ، وتشنجات الساق) وليس أفضل تفسير لهذا الشرط السلوكي من (على سبيل المثال ، عدم الراحة الموضعية المعتادة للقدم) .

E . لا تعزى الأعراض إلى التأثيرات الفسيولوجية لتعاطي المخدرات أو الأدوية (على سبيل المثال ، تعذر الجلوس) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

متلازمة تململ الساقين **Restless legs syndrome (RLS)** : وترتبط بالحسية الحركية ، واضطراب النوم العصبي ، والذى يتميز بالرغبة في تحريك الساقين

والذراعين ، ويرتبط عادة مع الأحاسيس غير المريحة ، والذى عادة ما يُشعر الفرد بالوخز ، والحرقان ، أو الحكة (A) . ويستند تشخيص المتلازمة أساسا على حالة المريض وتقرير تاريخ بداية ظهور الأعراض .

أما أسوأ الأعراض فتحدث عندما يكون الشخص في وقت راحة ، حين تحدث تلك الحركات المتكررة من الساقين في محاولة للتخفيف من الأحاسيس غير مريحة . كما أن أسوأ الأعراض قد تحدث في المساء أو الليل ، وفي بعض الأفراد لا تحدث إلا في المساء أو الليل . وقد يحدث التفاقم يحدث بشكل مستقل من أي اختلافات أخرى في النشاط . ومن المهم أن نفرق من متلازمة تململ الساقين ، عن غيرها من الأعراض مثل عدم الراحة الموضعية وتشنجات الساق (D) .

ويمكن لأعراض تلك المتلازمة أن تؤخر بداية النوم وتوقظ الشخص من النوم وترتبط مع تجزئة كبيرة للنوم ، ويرتبط المتلازمة مع النعاس خلال النهار ، والذى كثيراً ما يكون مصحوبا بضائقة سريرية كبيرة أو اضطراب وظيفي .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

يمكن لحركات الساق الدورية في النوم أن تكون بمثابة أدلة ثبوتية ، مع ما يصل الى ٩٠ ٪ من الأفراد وفق تشخيص المتلازمة ، والذى يدل على استمرار الأعراض المتوالى لعدة ليال متعددة .

كما أن حركات الساق الدورية خلال مرحلة اليقظة تدعم متلازمة التشخيص . وتشير التقارير إلى صعوبة البدء أو الحفاظ على النوم ، وقد يُسهم الإفراط فى النعاس خلال النهار أيضاً إلى دعم تشخيص تلك المتلازمة .

أما الميزات الإضافية الداعمة فتشمل التاريخ العائلي من المتلازمة بين الأقارب من الدرجة الأولى وانخفاض في الأعراض ، وذلك على الأقل مع بداية العلاج بالدوبامين .

معدل الانتشار Prevalence :

يختلف معدل انتشار تلك المتلازمة على نطاق واسع ، وذلك عندما تستخدم معايير واسعة والتى تتراوح بين (٢٪ إلى ٧,٢٪) وقد تتكرر الأعراض على الأقل ثلاث

مرات في الأسبوع مع الشدة المعتدلة أو الشديدة ، أما معدل الانتشار فيصل إلى ١,٦٪ ، وعندما تتواتر الأعراض إلى الحد الأدنى لمرة واحدة في الأسبوع .

أما معدل الانتشار بين الجنسين فيصل إلى ٤,٥٪ . الإناث أكثر عرضة من ١,٥-٢ مرة لدى الذكور ، وقد تزداد متلازمة تململ الساقين أيضاً مع تقدم العمر . وقد يكون معدل الانتشار تلك المتلازمة أقل في السكان الآسيويين .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

يحدث ظهور المتلازمة عادة في العقد الثاني أو الثالث من العمر ، ويتم بنسبة حوالي ٤٠ ٪ من الأفراد تشخيص المتلازمة أثناء مرحلة البلوغ ، عقب ورود تقارير بالأعراض ، التي قد تكون قد حدثت قبل سن العشرين عاما ، ويقرر ٢٠ ٪ من الأفراد بأنهم قد شهدوا الأعراض قبل سن عشر أعوام .

وترتبط معدلات انتشار المتلازمة بالزيادة المطردة مع تقدم العمر حتى حوالي سن ٦٠ عاما ، مع أعراض تبقى مستقرة أو تتناقص بصورة طفيفة في الفئات العمرية الأكبر سنا .

كما أن مقارنة حالات المتلازمة (العائلية / الوراثية) عادة ما تبدأ لديهم فى المرحلة العمرية الأصغر سنا ، بالتوازى مع دورة تقدمية أبطأ . أما الحالة السريرية من تلك المتلازمة فتختلف حسب المرحلة العمرية .

وقد تحدث الإصابة قبل سن ٤٥ ، وهناك في كثير من الأحيان تقدم بطيء لتلك الأعراض . وتظهر أعراض المتلازمة بصورة مشابهة عبر المرحلة العمرية ، وتبقى مستقرة أو تتناقص بصورة طفيفة في الفئات العمرية الأكبر سنا .

ويمكن أن يكون تشخيص المتلازمة في الأطفال صعباً ، بسبب تميزهم بالحركة المستمرة . بينما المعيار A للبالغين يفترض أن معيار وصف " التحرك" من قبل المريض ، كما يتطلب تشخيص الأطفال وصفا في كلام الطفل نفسه وليس من جانب الوالدين فقط . وعادة فإن الأطفال في سن ٦ سنوات فما فوق قادرون على توفير وصف مفصل وكافي لتلك المتلازمة . ومع ذلك ، فنادرا ما يستخدم الأطفال أو يفهموا كلمة " الرغبة" فى الإبلاغ عن الحالة . كما يحتمل أن تتعلق الفترات الطويلة من الجلوس أثناء الحصة ، لثلثي الأطفال والمراهقين تقرير الأحاسيس بأن الساق تنهار .

ومن المهم عند التشخيص . (A3) إجراء مقارنة متساوية عن مدة الجلوس أو الاستلقاء في اليوم / إلى الجلوس أو الاستلقاء في المساء أو الليل ، حيث يميل التفاقم إلى الاستمرار في سياق متلازمة الأطفال . كما هو الحال مع متلازمة تململ الساقين في عموم البالغين ، وهناك تأثير سلبي كبير على النوم ، والمزاج ، والإدراك ، لدى الأطفال والمراهقين ويتجلى ذلك - في كثير من الأحيان- في المجالات السلوكية والتعليمية .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : وتشمل العوامل المؤهبة للجنس الأنثوي ، ومتغيرات المخاطر الجينية ، والتاريخ العائلي لمتلازمة تململ الساقين ، وغالباً ما تُعجل تلك العوامل فى نقص الحديد ، مع معظم الأفراد وصعوبة استئناف أنماط النوم العادية ، حتى بعد إختفاء الأثار الأولي لهذا الحدث . وتلعب متغيرات المخاطر الوراثية تلعب دورا ثانوياً فى إحداث تلك لاضطرابات ، مما يشير إلى أن الأشخاص الذين يعانون من الحساسية الوراثية ، قد يتطور لديهم تلك المتلازمة في وجود مزيد من عوامل الخطر .

وهناك مسارات فسيولوجية مرضية محددة خاصة بمتلازمة تململ الساقين الفرعية . والتى ترتبط بالجينوم على نطاق واسع ، وقد وجدت دراسات RLS ارتبطها بشكل كبير مع المتغيرات الجينية المشتركة أو بين الجينات MEISI ، BTBD9 ، وMAP2K5 وعلى الكروموسومات P٢ ، P٦ ، وQ١٥ ، على التوالي .

وكانت الرابطة بين هذه المتغيرات الثلاثة تتم بشكل مستقل مع RLS ، ويمنح BTBD9 جانب كبير جدا (٨٠ ٪) من المخاطر المفرطة عند حتى بالنسبة لحالة واحدة .

وترتفع وتيرة هذه الأعراض في الأفراد من أوروبا ، كما أن نسب المخاطر العالية، والتي تقارب ٥٠ ٪ . من المعرضين للخطر لتلك الآليات المرتبطة مع MEISI وBTBD9 وهي أقل شيوعاً في الأفراد المنحدرين من أصل أفريقي أو آسيوي ، وربما يشير إلى انخفاض خطر لـ في هؤلاء السكان .

وتشمل الآليات الفسيولوجية المرضية في المتلازمة أيضاً اضطرابات في النظام المركزي للدوبامين واضطرابات في استقلاب الحديد .

كما يتورط نظام الأفيونية الذاتية أيضاً فى تلك المتلازمة (RLS / متلازمة تململ الساقين) ، أما آثار العلاج من المخدرات ، وخلل الدوبامين ، فيتم بتقديم مزيد من الدعم الذى يرتكز على المتلازمة المختلة المركزية لمسارات الدوبامين . في حين أن العلاج الفعال لـ RLS قد يؤدى أيضاً - إلى حد كبير - فى تقليل أعراض الاكتئاب ، بمضادات الاكتئاب ، التى يمكن أن تحفز هرمون السيروتونين أو تفاقم حالة (RLS / متلازمة تململ الساقين) في بعض الأفراد .

قضايا تشخيص المرتبطة بين الجنسين Gender-Reiated Diagnostic issues :

على الرغم من أن المتلازمة هي من أكثرمعدلات الانتشار في الإناث عنها لدى الذكور ، إلا أنه لا توجد اختلافات فى التشخيص وفقا لنوع الجنس . ومع ذلك ، فإن معدل الانتشار لتلك المتلازمة أثناء الحمل هي سنتان (لثلاثة أضعاف عموم السكان) .

وترتبط المتلازمة بنهاية فترة الحمل (خلال الربع الثالث) ويتحسن في معظم الحالات بعد الولادة مباشرة . ويفسر الفرق بين الجنسين في معدل إنتشار المتلازمة على الأقل في جزء من التكافؤ ، مع عدم الولادة للإناث ، إلا أن نفس خطر المتلازمة قد يتطابق لدى الذكور فى نفس المرحلة العمرية .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Maricers :

توضح دراسات النوم تشوهات كبيرة في المتلازمة ، وزيادة شيوع كمون النوم ، مع مؤشر الإثارة العالي . وقد توفر دراسة النوم مؤشرا على علامة سير تلك المتلازمة ، والتى ترتبط بحركات الأطراف الدورية ، تحت الظروف القياسية من النوم والراحة الساكنة ، وكلاهما يمكن أن تثير أعراض (RLS / متلازمة تململ الساقين) .

العواقب الوظيفية متلازمة تململ الساقين :

أشكال (RLS / لمتلازمة تململ الساقين) الشديدة قد تكفي لإضعاف الأداء أو المرتبط بالاضطرابات النفسية بشكل كبير ، بما في ذلك الاكتئاب والقلق ، والذى يحدث في حوالي ٢ ٪ -٣٪ من السكان .

وعلى الرغم من أن تأثير الأعراض الأخف قد تكون أقل مع الأفراد الذين يشكون من (RLS / لمتلازمة تململ الساقين) في نشاط واحد على الأقل من الحياة

اليومية ، مع تقديم تقارير تصل إلى ٥٠٪ للتأثير السلبي على المزاج ، و٤٧,٦ ٪ وقد يتم الإبلاغ عن نقص الطاقة .

أما العواقب الأكثر شيوعاً من تلك المتلازمة فهي اضطراب النوم ، بما في ذلك تخفيض وقت النوم ، وتجزئة النوم ، والاضطراب الشامل ؛ والاكتئاب ، اضطراب القلق العام ، اضطراب الهلع ، واضطراب ما بعد الصدمة ، وعاهات نوعية الحياة ؛ واضطراب الإجهاد . ويمكن لتلك المتلازمة أن تؤدي إلى النعاس أثناء النهار أو التعب وكثيراً ما تترافق مع ضيق بالغ أو باعتلال في النواحى الوجدانية ، أو فى الأداء الاجتماعى والمهني والتعليمي والأكاديمي والسلوكي ، أو المعرفي .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

أهم شروط التشخيص التفريقي من (RLS / لمتلازمة تململ الساقين) هي تشنجات الساق ، الموضعية وعدم الراحة ، وآلام مفصلية ، والتهاب المفاصل ، وآلام عضلية ، ونقص التروية الموضعية (التنميل) ، والاعتلال العصبي المحيطي ، واعتلال الجذور، وتشنجات العضلات ، والإغاثة مع التحول الوضعي ، والاقتصار على المفاصل ، ووجع لملامسة (آلام عضلية) ، وتشوهات أخرى في الفحص البدني/ ليست من سمات من المتلازمة ، وعلى عكس المتلازمة ، فإن تشنجات الساق الليلية ، والتى ما تتصل عادة مع الرغبة في تحريك أطرافه بصورة متكررة .

أما الأعراض الأقل شيوعاً المتمايزة من المتلازمة ، فتشمل السلوك الناجم عن الذهان وتعذر الجلوس ، واعتلال النخاع الوريدي ، وأعراض قصور وأمراض الشرايين الطرفية ، والأكزيما ، ومشاكل العظام الأخرى ، والأرق . مع حدوث تدهور في الليل والحركات الطرفية الدورية هي الأكثر شيوعاً من (RLS / لمتلازمة تململ الساقين) الناجم عن الأدوية أو الاعتلال العصبي المحيطي .

في حين من أنه المهم لأعراض المتلازمة ألا تتم إلا عن طريق عرض طبي آخر أو حالة سلوكية ، وينبغي أيضاً أن ندرك أن أي من هذه الشروط يمكن أن تكون مماثلة لما يحدث في الفرد مع متلازمة تململ الساقين . وهو ما يتطلب التركيز المنفصل على كل حالة ممكنة في عملية التشخيص وعند تقييم الأثر .

وفي الحالات التي يتم فيها تشخيص المتلازمة ، وتقييم الميزات الداعمة من المتلازمة ، لا سيما التاريخ العائلى ، أما المظاهر السريرية ، مثل " الدوبامين " والتاريخ العائلي الإيجابي للمتلازمة ، وهو ما يمكن أن يساعد في التشخيص التفريقي .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

اضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القلق ، واضطرابات الانتباه المرضية هى الأكثر شيوعاً مع (RLS / متلازمة تململ الساقين) إضافة إلى الاضطراب الطبي المترافقة مع مرض القلب والأوعية الدموية .

وقد يكون هناك ارتباط مع العديد من الاضطرابات الطبية الأخرى ، بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم ، الخدار ، والصداع النصفي ، ومرض باركنسون ، والتصلب المتعدد ، واعتلال الأعصاب الطرفية ، توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، داء السكري ، وهشاشة العظام ، والسمنة ، والغدة الدرقية ، ومرض السرطان ، ونقص الحديد ، والحمل ، والفشل الكلوي المزمن / كل ذلك قد يرتبط مع متلازمة تململ الساقين .

إجراءات التسجيل Recording Procedures Recording Procedures :

والذى يرتبط باسم المادة التى يسببها دواء اضطراب النوم ، والذى يبدأ بمادة معينة (مثل الكوكايين ، البوبروبيون) والتي يفترض أن تسبب اضطراب النوم . ويتم تحديد رمز التشخيص على أساس الطبقة ونسب المخدرات . وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال ، البوبروبيون) ، فيجب عندها استخدام رمز "مادة أخرى" ، وفي الحالات التي تكون فيها المادة التى يتم الحكم بأنها عاملا مسببا لفئة معينة من مادة غير معروفة / يكتب عندها فئة "مادة مجهولة" . ويتبع اسم الاضطراب / مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال مرحلة التسمم ، خلال البدء بها ، أو خلال التوقف والانسحاب) ، تليها تسمية النوع الفرعي (أي نوع الأرق ، ونوع النعاس خلال النهار ، ونوع الخطل النومي ، ونوع الأرق المختلط) .

مختلف إجراءات التسجيل لـ ICD-I0-CM [1] ، والذى يجمع بين الاضطراب الناجمة عن مادة تعاطي المخدرات ، والاضطراب في رمز واحد ، لـ ICD-9-CM ، وعلى سبيل المثال ، في حالة الأرق التي تحدث أثناء إنسحاب لفرد مع اضطراب شديد باستخدام دواء لورازيبام ،[2] ويتم تشخيص اضطراب النوم ، مع بداية أثناء الانسحاب ، نوع الأرق الناجم عن لورازيبام . إضافية ويعطى أيضاً تشخيص الاضطراب الشديد باستخدام لورازيبام . وقد تلعب مادة واحدة دوراً هاماً في تطوير اضطراب النوم ، ويجب أن يتم سرد كل منها على حدة (على سبيل المثال ، المادة التي يسببها الكحول فى اضطراب النوم ، كما يتسبب الكوكايين فى حدوث اضطراب النوم ، من خلال بداية التسمم ، ونوع الأرق) .

ICD-10-CM . اسم اضطراب النوم مادة التي يسببها الدواء يبدأ مع مادة معينة (مثل الكوكايين ، البوبروبيون) التي يفترض أن تسبب اضطراب النوم . ويتم تحديد رمز التشخيص من الجدول المدرج في المعايير المنصوص عليها الذي يستند على طبقة المخدرات ، مع وجود أو عدم وجود اضطراب تعاطي المخدرات . بالنسبة للمواد التي لا تنتمي إلى أي من الفئات (على سبيل المثال ، البوبروبيون) ، ويرمز له " مادة أخرى " وينبغي أن يستخدم في الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة لتكون عاملا مسبباً لكل فئة معينة من مادة غير معروفة ، أو فئة " مادة مجهولة " مما ينبغي التعامل معها .

عند تسجيل اسم الاضطراب ، مثل اضطراب تعاطي المخدرات ، يتم سرد أولا ، تليها كلمة " مع " ، يليها اسم بفعل مادة اضطراب النوم ، تليها مواصفات

---

(١) التصنيف الدولي للأمراض (ICD) هو أداة التشخيص القياسية لعلم الأوبئة، وإدارة الصحة وأغراض الطبية .ويشمل ذلك تحليل الوضع الصحي العام للفئات السكان .فهو يستخدم لمراقبة حدوث وانتشار الأمراض والمشاكل الصحية الأخرى، وتثبت صورة الوضع الصحي العام للدول والشعوب، والصادر عن منظمة الصحة العالمية بإصدارات مختلفة .

(٢) لورازيبام (Lorazepam) يستخدم هذا الدواء منذ عام ١٩٧١، ينتمي لمجموعة من الأدوية تسمى البنزوديازيبينات (Benzodiazepines) ، يستخدم لتخفيف حدة التوتر والعصبية، لارتخاء العضلات وتحفيز النوم.

ظهوره (أي ظهوره خلال فترة التسمم ، أو بداية / أو أثناء التوقف ، والانسحاب) ، تليها تسمية النوع الفرعي (أي ، نوع الأرق ، نوع النعاس خلال النهار ، ونوع الخطل النومي ، النوع المختلط) . وعلى سبيل المثال ، في حالة الأرق الذى يحدث أثناء الانسحاب مع اضطراب شديد باستخدام لورازيبام ، فإن التشخيص هو : اضطراب شديد F13.282 باستخدام لورازيبام الناجم عن اضطراب النوم للورازيبام .

أما مع بداية أثناء الإنسحاب ، ونوع الأرق : فيكون التشخيص منفصل عن الحالة المرضية غير الشديدة مع الاضطراب الناجم عن استخدام لورازيبام [١] . في حالة حدوث اضطراب النوم الناجم عن مادة غير مرضية ، بالترافق مع اضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال ، مع استخدام الدواء) .

ويلاحظ بأن اضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال ، F19.982 التي يسببها البوبروبيون لاضطراب النوم ، وذلك مع بداية أثناء استعمال الدواء ، وارتباطه بنوع الأرق المصاحب لاستعماله) .

وعندما يتم الحكم على مضمون واحد أو أكثر يلعب دورا هاما في تطوير اضطراب النوم ، ويجب أن يتم سرد كل تشخيص بشكل منفصل (على سبيل المثال ، F10.282 اضطراب شديد مع تعاطي الكحول ، والتي يسببها اضطراب النوم مع بداية ، أو أثناء التسمم ، نوع الأرق؛ F14.282 اضطراب شديد مع تعاطي الكوكايين والمتصل مع اضطراب النوم ، فى بداية أو أثناء التسمم ، وارتباطه بنوع الأرق) الذى يسببه الكوكايين .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من المادة التي يسببها دواء اضطراب النوم هى ظهور اضطراب النوم الشديد ، وبما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل (المعيار A) والتي تم

---

(١) لورازيبام يستخدم لعلاج القلق والأرق، فضلا عن علاج القلق المرتبط بالاكتئاب ،مثل البنزوديازيبينات الأخرى، لورازيبام قد يؤدي إلى اعتياد الجسم عند تناوله بانتظام لمدة طويلة. بالإضافة إلى ذلك، قد يقل تاثيره بمرور الوقت. لهذه الأسباب ، وينبغي رصد العلاج بلورازيبام كل أسبوعين .

تصنيفها لتكون مرتبطة في المقام الأول مع الآثـار الدوائيـة مـن المـادة (أي مـادة تعـاطي المخدرات ، والأدوية ، والتعرض للسموم) (B) . وذلك تبعاً للمادة المعنية ، والتى هى واحدة من أربعة أنواع من اضطرابات النوم .

أما نوع الأرق والنعاس النهارى فهو الأكثر شيوعاً ، في حين يعتـبر نـوع الخطـل النومي فى كثير من الأحيان أقل اختلاطاً ، والذى يلاحظ عند أكثر من نـوع واحـد مـن أعراض اضطراب النوم ذات الصلة . ولا يجب أن تُفسر الاضطرابات بشكل أفضل مـن خلال اضطراب النوم أخرى (C) .

ويتميز اضـطراب النـوم بالمـادة الـتي يـسببها الـدواء ، سـواء باضـطراب الأرق أو الاضطراب الذى يرتبط مع النعاس المفرط أثناء النهار ، وذلك مـن خـلال النظـر فى بداية تعاطي المخدرات بطبيعة الحال .

ويجب أن يكون هناك دليل على التـسمم أو الانـسحاب منـذ التـاريخ والفحـص البدني ، أو منذ ظهور نتائج المختبر . وقد ينشأ اضطراب النـوم بـسبب الـدواء فقـط ، أو بالاشتراك مع تسمم الدواء ، أو التوقف عنه، أو الانـسحاب ، في حـين قـد تـسبق اضطرابات النوم الأخرى ظهور تعاطي المخدرات ، والذى يحدث أثناء أوقات الامتنـاع الدائمة .

ويمكن أن تحدث بداية اضطراب النوم بعد ٤ أسابيع من وقف الجـوهر المـستخدم (مـن مخـدرات / أو أدويـة) ، ويمكـن أن يكـون لهـذا الاضـطراب ميـزات شـاذة مـن اضطرابات النوم الأخرى (على سبيل المثال ، العمـر غـير النمطـي عنـد بـدء الحالـة) . ولا يتم التشخيص في حالة حدوث اضطراب النوم فقط خلال الهيجان (D) .

أما الأعراض التى يمكن أن تسبب ضيق إكلينيكي هام ، أو انخفاض في المجـالات الاجتماعيـة والمهنيـة ، أو غيرهـا (E) . هنـا ينبغـي بـذل هـذا التـشخيص ، بـدلا مـن تشخيص التسمم نتيجة مادة أو انسحاب من مادة فقط ، وعنـدما تكـون الأعـراض في المعيار (A) سائدة سريرياً ، أوعنـد ظهـور أعـراض تـستدعي هـذا الاهتمـام الـسريرى المستقل .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
، Associated Features Supporting Diagnosis

خلال فترات استخدام مادة الدواء ، والمتصلة بالتسمم ، أو الإنسحاب ، فإن الأفراد في كثير من الأحيان يشكون من مزاج منزعج ، وبما في ذلك الاكتئاب والقلق ، والتهيج ، وضعف المعرفية ، وعدم القدرة على التركيز ، والتعب .

ويمكن أن تحدث اضطرابات النوم البارزة والحادة بالتعاون مع الانسحاب من الفئات التالية من المواد : الكحول ؛ الكافيين ؛ القنب ؛ الأفيونيات ؛ المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق ؛ المنشطات (بما في ذلك الكوكايين) ؛ التبغ ، وغيرها من المواد المعروفة (أو غير المعروفة) .

المواد : بعض تلك المواد والأدوية تشمل مضادرات اضطرابات النوم ، والمنبهات الأدرينالية ، ومنبهات الدوبامين ، ومنبهات الكولين ، ومنبهات هرمون السيروتونين ، ومضادات الهستامين .

الكحول : يسبب الكحول اضطرابات النوم ، والتى تُحدث عادة نوع الأرق : وخلال التسمم الحاد الناتج عن شرب الكحول ، والذى ينتج تأثير مهدئ فوري اعتمادا على الجرعة ، والتى تترافق مع زيادة المراحل الثالثة والرابعة لحركة العين غير السريعة من (ريمي) النوم مع انخفاض حركة العين السريعة (REM) خلال مرحلة النوم .

وبعد هذه الأثار الأولية ، قد يكون هناك زيادة فى حالة اليقظة ، والنوم الذى لا يهدأ ، مع أحلام اليقظة والقلق للفترة المتبقية من فترة النوم . في موازاة ذلك ، للمراحل (٣ و٤) يتم تخفيض النوم ، واليقظة ، مع حركة النوم السريعة REM .

يمكن أن يفاقم الكحول اضطراب النوم المتعلق بالتنفس : مع الاستخدام المعتاد (الإدمان) ، وتواصل شرب الكحوليات لإظهار تأثير مهدئ قصير الأجل في النصف الأول من الليل ، ثم ماذا عن اضطراب النوم المستمر في الشوط الثاني (النصف الثانى من الليل) ، والذى يحدث أثناء انسحاب (وقف تأثير) الكحول ، وهو ما يعطل غاية استمرارية النوم ، أو زيادة كمية وكثافة النوم ، والتى ترتبط

- في كثير من الأحيان - مع الأحلام الحية ، والتي تأخذ شكل متطرف ، ويشكل الهيجان جزءًا من متلازمة إنسحاب الكحول .

إلا أنه بعد حالة الانسحاب الحادة ، قد يستمر المستخدمين للكحول المزمن فى الشكوى من الضوء ، والنوم المجزأ لأسابيع ، أو لسنوات مستمرة ، والمرتبطة بالعجز في النوم ذو الموجة البطيئة .

الكافيين : اضطراب النوم والأرق الناتج عن الكافيين يعتمد على حجم الجرعة ، وقد يظهر بعض الأفراد النعاس أثناء النهار ، والمتعلق بالانسحاب من الكافيين .

القنب : الاستخدام الحاد من القنب قد يُقصر من كمون النوم ، وعلى الرغم من الإثارة التى يحدثها أيضاً مع زيادة كمون النوم ، ويعزز القنب ظهور الموجة البطيئة للنوم ، مع الآثار التى تعزز اضطرابات النوم المزمنة ، مع المستخدمين للقنب ، والتسامح مع تحفيز النوم لظهور الموجة البطيئة .

كما تم الإبلاغ عن صعوبات النوم والأحلام غير السارة الدائمة ، والتى قد تستمر لعدة أسابيع ، وتوضح دراسات النوم تخفيض نوم الموجة البطيئة ، وزيادة النوم خلال هذه المرحلة .

المواد الأفيونية : قد تنتج المواد الأفيونية زيادة في النعاس وعمق في النوم ، كما يمكن أن تخفض النوم ، أثناء الاستخدام الحاد قصيرة الأجل ، مع استمرار التسامح ، وصولاً إلى الآثار المهدئة من المواد الأفيونية التى قد تتطور مع شكاوى من الأرق ، وتترافق آثار الإكتئاب ، بوهن الجهاز التنفسي ، وتفاقم الأفيونيات من توقف التنفس أثناء النوم .

المواد المهدئة : الأدوية المنومة ، أو مزيلات القلق : وتشمل المهدئات ، المنومات ، ومزيلات القلق (على سبيل المثال ، الباربيتورات ، منبهات مستقبلات البنزوديازيبينات والميروبامات ، غلوتيثيميد ، والميثيبريلون) والتى يكون لها آثار مماثلة للأفيونيات المؤثرة على النوم ، وذلك خلال مرحلة التسمم الحاد ، أو التى تتم باستخدام أدوية المهدئات والمنومات التى تنتج الزيادة المتوقعة في النعاس وانخفاض في مستوى اليقظة .

كما يسبب الاستخدام المزمن (وخاصة من الباربيتورات وغير المهدئ ، والمخدرات من غير البنزوديازيبين لكبار السن) جميعها قد تسبب التسامح مع العودة اللاحقة لحالة الأرق ، والذى قد يترافق مع حدوث النعاس أثناء النهار .

العقاقير المهدئة والمنومة : وهى يمكن أن تزيد من وتيرة وشدة توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي ، كما ترتبط أعراض " باراسومنياس " مع استخدام مستقبلات "البنزوديازيبين " لا سيما عندما تؤخذ هذه الأدوية بجرعات أعلى ، وعندما يتم الجمع بينها مع العقاقير المهدئة الأخرى ، أو حين يتم التوقف المفاجئ من المسكنات المزمنة ، والمنومة ، أو استخدام مزيلات القلق ، والذى يمكن أن يؤدي إلى الانسحاب ولكنه قد يُسهم - فى ذات الوقت - بصورة أكثر شيوعاً فى انتعاش حالة الأرق ، وهي حالة تفاقم الأرق عند وقف الدواء لمدة (١-٢ أيام) حتى مع استخدامها على المدى القصير .

أما العقاقير المهدئة ، والمنومة ، أو مزيلات القلق (مع فترات استخدام قصيرة) فهي أكثر احتمالا لإنتاج شكاوى أقل من انتعاش الأرق ، حتى مع أولئك الذين ما يرتبط لديهم فترات أطول من العمل مع النعاس خلال النهار . أي أن العقاقير المهدئة ، المنومة ، أو مزيلات القلق يمكن أن يسبب تخدير (النعاس) النهار ، والانسحاب ، أو انتعاش من حالة الأرق .

الأمفيتامينات والمواد ذات الصلة وغيرها من المنشطات : والتى تتسبب فى حدوث اضطرابات النوم الذى يتم بواسطة تلك المنشطات والمواد ذات الصلة وغيرها من المنشطات ، والتى ينتج عنها تميز فى حالة الأرق خلال التسمم والنعاس المفرط ، أو أثناء الانسحاب من التسمم الحاد والمنشطات ، والذى يترافق مع زيادة كمون النوم ، واضطرابات استمرارية النوم ، وتقليل النوم REM . [1]

---

(١) حركة العين السريعة **REM** هى مرحلة من مراحل النوم تتميز بحركة العين السريعة فيها. يصنف نوم حركة العين السريعة إلى صنفين: التوتري والطوري ، ويحتل نوم حركة العين السريعة ٢٠-٢٥٪ من فترة النوم الكلية، أي حوالي ٩٠-١٢٠ دقيقة من النوم =

أما مرحلة الموجة البطيئة للنوم فتميل إلى أن تكون أقل ، وذلك أثناء الانسحاب من استخدام المنشطات المزمنة ، وهناك على حد سواء فترات طويلة من مدة النوم الليلي / ومن النعاس المفرط خلال النهار . وقد تُظهر اختبارات متعددة فى كمون النوم زيادة النعاس أثناء النهار خلال مرحلة الإنسحاب من المواد (أدوية / منشطات) .

الأدوية مثل ٣٤ "النشوة" (أحد العقاقير المنشطة المتداولة فى الولايات المتحدة) والمواد المرتبطة بها ، مما يؤدي إلى اضطراب النوم الذى لا يهدأ إلا بعد خلال ٤٨ ساعة من تناوله ؛ ويرتبط الاستخدام المتكرر لهذا المنشط ، وما يرتبط به من مركبات مع استمرار أعراض القلق ، والاكتئاب ، واضطرابات النوم ، وحتى خلال الامتناع عن ممارسة الجنس على المدى الطويل .

التبغ : يرتبط استهلاك التبغ المزمن في المقام الأول مع أعراض الأرق ، فى حين تنخفض موجة النوم البطيئة مع انخفاض كفاءة النوم ، وزيادة النعاس فى النهار . أما الانسحاب من التبغ فيمكن أن يؤدي إلى اختلال النوم . حيث تبين أن الأفراد الذين يدخنون بشدة قد يتعرضوا للاستيقاظ الليلي العادي الناجم عن شغف التبغ ، أو بسبب تناول أدوية أوالمواد مجهولة أخرى . وقد تنتج مواد الأدوية الأخرى اضطرابات في النوم ، لا سيما الأدوية التي تؤثر على الاستقلال الذاتي للجهاز العصبي المركزي (مثل منبهات الأدرينالية ، ومنبهات الدوبامين ، ومنبهات الكولين ، ومنبهات هرمون السيروتونين ، ومضادات الهيستامين) .

التنمية والدورة Development and Course :

يمكن تحديد أعراض الأرق لدى الأطفال من قبل أي من الوالدين/ أو الطفل : وغالباً ما يكون الطفل لديه اضطراب واضح مع النوم ، والذى يرتبط مع بدء الدواء ، وعلى الرغم من أن الآباء والأمهات يراقبون اضطرابات النوم لأطفالهم . كما يؤثر استخدام بعض المواد غير المشروعة (على سبيل المثال ، القنب ، كبسولات النشوة) كنمط سائد في مرحلة المراهقة والبلوغ المبكر .

= في ليلة واحدة. وعادةً ما يحدث نوم حركة العين السريعة قبيل الصباح ، ويمر الإنسان غالباً بأربع أو خمس فترات من نوم حركة العين السريعة، وتكون قصيرة في بداية الليلة وتطول في نهايتها.

أمـا الأرق أو أي مـن اضـطرابات النـوم الأخـرى الـتي تواجههـا في هـذه الفئـة العمرية ، وهو ما يتطلب الدراسة المتأنية للتأكد بما إذا كان اضطراب النوم يعود بـسبب استهلاك هذه المواد غير المشروعة .

أما سلوك التماس المساعد على اضطراب النـوم في هـذه الفئـات العمريـة، فهـى محدودة للغاية ، وبالتالي قد يدفع ذلك لقبول التقرير الداعم من أحد الوالدين ، أو من المعلم .

كما قد يتعرض الأفراد الأكبر سنا إلى اتخاذ المزيد من الأدويـة ، وقـد يتعرضـون معها للخطر المتزايد لتطوير مادة الأدوية الناجمـة عـن اضـطراب النـوم . وقـد يفـسرون اضطراب النوم كجزء من مرحلة الشيخوخة الطبيعية والتى قد تفشل فى تقديم تقرير عن تلك الأعراض .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب عصبي رئيس (مثل الخـرف) فهـم في خطـر من التعرض لمادة اضطرابات النوم التي يسببها الدواء ، مع إيلاء التقرير الداعم للرعايـة الصحية لتلك الحالات أهمية خاصة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر والعوامل المنذرة : المشاركة في تعاطي المخدرات ، وإدمان الأدوية أو اسـتخدام المعايير لفئات عمرية معينة ذات الصلة والقابلة للتطبيق ، ومـن المـرجح أن نـوع اضطراب النوم مـع (مـادة مرتبطـة بالادمـان / يـؤودى إلى اضـطرابات توصـف بالاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المرتبطة وذات الصلة به) .

المخاطر المزاجيـة : تعـاطي المخـدرات أو بعـضها ، يـصاحبه الأرق بـصفة عامـة لـدى الأفراد ، وبالتالي ، فإن وجود الأرق يمثل رد فعل على الإجهاد أو تغيير في بيئـة النوم ، ويمكن أن يمثل خطرا لتطوير المادة التي يسببها دواء اضطراب النوم . وقد يكون هناك خطر مماثل حاضراً بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطرابات النـوم الأخرى (علـى سـبيل المثـال ، الأشـخاص الـذين يعـانون مـن فـرط اسـتخدام المنشطات) .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافي Culture-Related Diagnostic issues:

استهلاك المواد ، بما في ذلك الأدوية الموصوفة ، قد يعتمد في جزء منه على الخلفية الثقافية واللوائح المحلية لاستخدام المخدرات .

قضايا التشخيص المتعلقة بنوع الجنس
Gender-Related Diagnostic issues :

معدلات الانتشار بين الجنسين محددة (أي يتأثر الإناث أكثر من الذكور بنسبة حوالي ٢ : ١) وتوجد أنماط لاستهلاك بعض المواد (مثل الكحول) . وحول مدة استهلاك مادة معينة ، والتي قد تؤدي إلى نتائج مختلفة للغاية وترتبط بالنوم لدى كل من الذكور/ والإناث ، وعلى سبيل المثال ، الاختلافات المتعلقة بنوع الجنس في عمل الكبد .[1]

التشخيص الكلى Diagnostic Markers :

كل من اضطرابات النوم مادة التي يسببها الدواء الذى يؤدى لظهور اضطراب أنماط النوم ، وغيره من الاضطرابات . ويمكن أن تساعد دراسات اضطرابات النوم ، في تحديد شكاوى شدة الأرق الليلى ، في حين توفر اختبارات كمون النوم المتعدد المعلومات حول (UIE شدة النعاس) خلال النهار . وقد يحقق رصد التنفس وحركات الأطراف الدورية الليلية مع دراسات النوم ، قد يوضح تأثير مادة على التنفس الليلي وعلى السلوك الحركي أثناء النوم .

وتعتبر متابعة (أجندة) يوميات النوم لمدة (أسبوعين) مفيدة في تأكيد كشف المادة التي يسببها الدواء فى حدوث اضطراب النوم . كما يتم فحص المخدرات ، والتى يمكن أن تكون ذات فائدة عندما يكون الشخص غير مدرك أو غير راغب في ربط المعلومات حول كمية المواد المخدرة .

(١) RBC عدد الكريات الحمراء فى كل ملليلتر من الدم ٤,٥ - ٦,٥ مليون / ملليلتر للذكور و ٣,٩ - ٥,٦ مليون / ملليلتر للإناث ، Haemoglobin الهيموجلوبين ١٣,٥ - ١٨ مجم ٪ للذكور / و ١١,٥ - ١٦ مجم ٪ للإناث .

الآثار الوظيفية للمادة التي يسببها اضطراب النوم :

هناك العديد من العواقب الوظيفية المرتبطة باضطرابات النوم ، والناتج عن نوعية مادة الدواء التي يسببها اضطراب النوم وزيادة خطر الانتكاس . كما ترتبط درجة اضطراب النوم أثناء الانسحاب من الكحول (على سبيل المثال ، اضطراب النوم REM والتنبؤ بخطر الانتكاس من شرب الكحوليات) . وترصد نوعية النوم والنهار / آلية النعاس أثناء وبعد الانسحاب ، والتي يمكن أن توفر معلومات إكلينيكية مفيدة على ما إذا كان الفرد في خطر متزايد للانتكاس .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

التسمم أو الانسحاب من جوهر المادة : وقد واجهت اضطرابات النوم شيوعاً في سياق التسمم من مادة أو التوقف ، والانسحاب . وينبغي بذل تشخيص المادة التي يسببها دواء اضطراب النوم ، بدلا من تشخيص التسمم أو الانسحاب من مادة فقط .

وعندما يكون اضطراب النوم الشديد هو الغالب في الصورة السريرية ، وبما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

الهيجان : في حالة حدوث المادة التي يسببها اضطراب دواء النوم ، وذلك بصورة حصرية خلال مسار هذيان ، لا يتم تشخيصه على حدة .

اضطرابات النوم الأخرى : المادة التي يسببها دواء اضطراب النوم هو المميز من اضطرابات النوم الأخرى إذا تم الحكم على مادة الدواء ، بأنها ذات الصلة بالأعراض .

وينسب اضطراب نوم المادة التي يسببها الدواء إلى ما يمكن وصفه بدواء اضطراب عقلي ، أو حالة طبية أثناء تلقي الأدوية أو أثناء التوقف عن تناولها ، وإذا كان هناك توقف الانسحاب للمتلازمة المرتبطة بالدواء ، وذلك بمجرد توقف العلاج ، والذين قد يحولون اضطراب النوم عادة في غضون أيام إلى عدة أسابيع . وإذااستمرت الأعراض إلى ما بعد ٤ أسابيع ، فينبغي النظر في أسباب أخرى لأعراض اضطرابات النوم ذات الصلة .

وليس من النادر ، أن يقوم الأفراد مع الأدوية باستخدام آخر اضطراب نوم ، أو تعاطي المخدرات لمداواة نفس أعراض اضطرابات النوم (على سبيل المثال ، استخدام الكحول لإدارة الأرق) . وإذا كانت المادة التي يتم الحكم فيها على الدواء الذي يلعب دوراً هاماً في تفاقم اضطراب النوم ، وقد يكون له ما يبرره خدمة للتشخيص الإضافي من اضطراب النوم وفقاً للمادة التي يسببها الدواء .

اضطراب النوم بسبب حالة طبية أخرى : ترتبط المادة التي يسببها دواء اضطراب النوم مع حالة طبية أخرى قد تنتج صورة مماثلة لأعراض الأرق ، والنعاس أثناء النهار ، أو الخطل النومي .

ويلجأ العديد من الأفراد إلى التعامل مع الحالات الطبية الأخرى التي تسبب اضطراب النوم / مع الأدوية التي يمكن أن تسبب اضطرابات النوم .

ويعد التسلسل الزمني للأعراض هو أهم عامل في التمييز بين هذين المصدرين من أعراض النوم . أما وتشير صعوبات النوم التي تسبق استخدام أي دواء لعلاج حالة طبية ، إلى تشخيص اضطراب النوم والذى يرتبط مع حالة طبية أخرى . وعلى العكس ، فإن أعراض النوم التي لا تظهر إلا بعد الشروع في استخدام دواء معين نحو المادة التي يسببها دواء اضطراب النوم . وإذا كان الاضطراب المرضي يرتبط مع حالة طبية أخرى متفاقمة نتيجة استخدام مادة محددة (أي أن اضطراب النوم يرتبط مع حالة طبية أخرى ومادة تتصل بإعطاء الأدوية التي يسببها اضطراب النوم) .

وعندما لا توجد أدلة كافية لتحديد ما إذا كان اضطراب النوم يعزى إلى مادة الأدوية / أو لآخر حالة طبية (أي ليس بسبب مادة / أو من دواء حالة طبية أخرى) ، والتشخيص الآخر لاضطراب النوم واليقظة المحدد أو غير المحدد / هنا يشار إليه باضطراب النوم واليقظة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

راجع "الاعتلال المشترك" من أقسام اضطرابات النوم الأخرى في هذا الفصل ، بما في ذلك الأرق ، والنعاس الشديد ، وتوقف التنفس أثناء مرحلة النوم المركزية ، ونقص التهوية المرتبطة بالنوم ، وإيقاعية اضطرابات النوم واليقظة .

إضطرابات الأرق الأخرى المحددة

(G47.09) Other Specified Insomnia Disorder :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب الأرق ، والذى يسبب استغاثة إكلينيكيا بالغة أو باعتلال في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من مجالات العمل المهمة ، والتى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لاضطراب الأرق أو أي من اضطرابات النوم واليقظة من فئات التشخيص .

أما اضطرابات الأرق الأخرى المحددة ، فتستخدم الفئة (A) في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال أسباب محددة للعرض الذى لا يلبي معايير لاضطراب الأرق ، أو أي اضطرابات محددة من النوم / واليقظة .

ويتم ذلك من خلال تسجيل "آخر اضطراب من الأرق المحدد" يليها السبب المحدد (على سبيل المثال ، "إضطراب الأرق الوجيز) . أما أمثلة تلك العروض المحددة باستخدام مصطلح " الأخرى المحددة " التى تشمل ما يلي : -

١. اضطراب الأرق القصير : لمدة أقل من ٣ أشهر .

٢. يقتصر على النوم الغير صحى : الشكوى السائدة هى النوم الغير صحى ،غير المصحوب بأعراض اضطراب النوم الأخرى / مثل صعوبة النوم أو البقاء نائما .

اضطراب الأرق غير المحدد (G47.00) Unspecified Insomnia Disorder :

ينطبق هذا التصنيف على العروض المميزة لاضطراب الأرق الناتج عن استغاثة إكلينيكية بالغة أو باعتلال في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من المجالات الهامة للعمل ، والتى تسود ، ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لاضطراب الأرق ، أو أي من اضطرابات النوم واليقظة لفئة التشخيص . وغير المحددة والتى يتصل فيها الأرق بفئة الاضطراب في الحالات التي يكون فيها الطبيب يختار تقييمه (عدم تحديد السبب) الذي لم يتم الوفاء معه بمعايير اضطراب الأرق أو اضطرابات النوم واليقظة المحددة ، وتشمل العروض التي توجد فيها معلومات كافية لاتخاذ مزيد من التشخيص المحدد .

إضطراب النعاس الشديد الآخر المحدد
(G47.19) Other Specified Hypersomnolence Disorder :

ينطبق هذا التصنيف على العروض التقديمية التي تشمل الأعراض المميزة للنعاس الشديد ، المترافق مع الفوضى التي تسبب الضيق الإكلينيكي الهام ، أو ضعف في الاجتماعية والمهنية ، أو فى المجالات الهامة الأخرى التى تسود فى الأداء ، ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لاضطراب النعاس الشديد أو أي من تشخيص اضطرابات النوم واليقظة .

يتم استخدام فئة اضطراب النعاس الشديدة ، والمحددة في الحالات التي يختار الطبيب لإيصال سبب محدد أن العرض لا تستوفي معايير اضطراب النعاس شديدة أو أي اضطراب محددة النوم واليقظة . يتم ذلك من خلال تسجيل " اضطرابات أخرى تترافق مع النعاس الشديد المحدد " يليها تحديد المدة (على سبيل المثال ، " النعاس الشديد / وجيزة المدة " كما هو الحال في متلازمة Kieine - يفين) .

اضطراب النعاس الشديد غير المحدد (G47.10) :

ينطبق هذا التصنيف إلى العروض التقديمية التي من الأعراض المميزة النعاس شديدة الفوضى التي تسبب الضيق هامة إكلينيكيا أو ضعف في الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة اضطراب النعاس شديدة أو أي من اضطرابات النوم واليقظة .

ويتم استخدام " غير المحدد " للنعاس الشديد كفئة اضطراب / في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب الذي لم يتم الوفاء معه بمعايير اضطراب النعاس الشديد أو الاضطراب المحدد بالنوم واليقظة ، والذى يشمل عروضا ، ومعلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

محدد اضطرابات النوم الأخرى (G47.8) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة من النوم / واليقظة / والفوضى التي تسبب ضيق إكلينيكي هام أو ضعف في العوامل الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة تسود فى الأداء ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات النوم واليقظة من فئة التشخيص غير المؤهل للحصول على تشخيص من اضطراب الأرق الآخر المحدد ، أو مع غيرها من الاضطرابات المحددة .

يتم استخدام فئة اضطراب النوم واليقظة المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد للأعراض التى لا تستوفى معايير أي اضطراب محدد للنوم واليقظة . ويتم ذلك من خلال تسجيل عبارة " الأخرى المحددة لاضطراب النوم واليقظة " متبوعة بسبب محدد (على سبيل المثال ، " الآثارات المتكررة أثناء النوم لحركة العين السريع أو / دون حركة النوم / أو التاريخ من مرض باركنسون أو غيرها") .

إضطرابات النوم غير المحدد (G47.9) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة من النوم واليقظة ، والفوضى والتي تسبب الضيق الهام الإكلينيكي ، أو ضعف في العلاقات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات هامة أخرى من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من الاضطرابات في اضطرابات النوم واليقظة فئة التشخيص وليس مؤهلا للحصول على التشخيص اضطراب الأرق من غير محدد أو اضطراب النعاس شديدة غير محددة . وغير المحددة لفئة اضطراب النوم واليقظة في الحالات التي يختار الطبيب فيها عدم تحديد السبب الذي لم يستوفى المعايير المحددة لاضطراب النوم واليقظة ، وتشمل تلك العروض التي توجد فيها معلومات كافية لجعل التشخيص أكثر تحديداً .

الخلل الجنسي Sexual dysfunctions :

ويشمل الخلل الجنسي تأخير القذف ، واضطراب الانتصاب ، واضطراب النشوة للإناث ، واضطراب الإناث الجنسي ، واضطراب ألم إختراق الحوض التناسلي ، ويقتصر لدى الذكور فى اضطراب نشاط الرغبة الجنسية ، أو ما يختص بالسرعة (المبكرة) فى القذف ، إلى مادة الأدوية الناجمة عن العجز الجنسي ، وغيرها من العجز الجنسي المحدد ، والخلل الوظيفي الجنسي غير المحدد .

ويشير الخلل الجنسي إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات التي عادة ما تتسم بما قبل الاضطرابات الإكلينيكية الهامة ، والتى تتصل بقدرة الشخص على الاستجابة الزوجية . وقد يكون لدى الفرد العديد من الخلل الجنسي في نفس الوقت ، وفي مثل هذه الحالات ، فيجب تشخيص صنوف كل الخلل .

وينبغي استخدام الحكم السريري لتحديد ما إذا كانت الصعوبات الجنسية ، هي نتيجة لعدم كفاية التحفيز الجنسي ، وفي هذه الحالات ، فقد تكون هناك حاجة للرعاية ، ولا يقتصر ذلك على ظروف نقص المعرفة حول التحفيز الفعال ، والذى يمنع تجربة الإثارة أو النشوة .

وتستخدم الأنواع الفرعية لتعيين ظهور الصعوبات : في كثير من الأفراد مع الخلل الجنسي ، وقت لظهوره ، وقد يشير إلى مسببات التدخلات المختلفة ، والذى يشير لمشكلة زوجية (جنسية) مستمرة مدى الحياة ، منذ التجارب الجنسية الأولى ، وينطبق هذا الاضطراب الجنسي المكتسب بتطوره ، بعد فترة من الممارسة الزوجية الطبيعية بشكل وظيفى نسبي . بالإضافة إلى فرعية تلك الصعوبات المكتسبة مدى الحياة ، أو العرضية المعممة ، ويجب النظر فى تلك العوامل التى أثناء تقييم العجز الجنسي ، ونظرا لأنها قد تكون ذات صلة بالمسببات أو بالعلاج ، والتي قد تساهم وبدرجات متفاوتة بين الأفراد :

١) عوامل الزوج (على سبيل المثال ، مشاكل جنسية مع الزوج؛ الحالة الصحية للزوج) ؛
٢) عوامل العلاقة (على سبيل المثال ، ضعف التواصل؛ التناقضات في نشاط الرغبة الجنسية) ،
٣) عوامل الضعف الفردية (على سبيل المثال ، صورة الجسم ؛ التاريخ الجنسي أو العاطفي ، والاعتداء الجنسى) ، والاعتلال النفسى المشترك (على سبيل المثال ، الاكتئاب ، والقلق) ، أو الضغوطات (على سبيل المثال ، فقدان الوظيفة ، والفجيعة) ،
٤) العوامل الثقافية (على سبيل المثال ، الموانع المتعلقة ضد النشاط الجنسي خارج نطاق الأسرة) أو العوامل الطبية ذات الصلة بأحوال الطقس ، أو العلاج .

وينبغي أن يأخذ الحكم السريري حول تشخيص العجز الجنسي بعين الاعتبار العوامل الثقافية التي قد تؤثر على التوقعات ، والتى قد تترافق مع انخفاض الشيخوخة المعيارية في الاستجابة الجنسية .

أما الاستجابة الجنسية البيولوجية اللازمة ، فهى عادة ما تتم من ذوي الخبرة في سياق الشخص نفسه ، مع الشخصية ، والثقافية . وبالتالي ، فإن الوظيفة الجنسية تنطوي على مجمع التفاعل بين العوامل البيولوجية والاجتماعية والثقافية ، والنفسية . في كثير من السياقات السريرية ، كما تتصل بالفهم الدقيق لمسببات المشكلة الجنسية غير المعروفة . مع ذلك ، فإن الخلل الوظيفي يتطلب التشخيص الجنسي ، واستبعاد المشاكل التي يتم شرحها بصورة أفضل بواسطة اضطراب عقلي جنسي ، أو من خلال آثار مادة (مثل المخدرات أو الأدوية) ، أومن خلال حالة طبية (على سبيل المثال ، بسبب تلف أعصاب الحوض) ، أو عن طريق استغاثة بعلاقة شديدة ، أو عنف الزوج ، أو الضغوطات الأخرى .

وإذا كان العجز الجنسي هو الغالب تفسيره من قبل اضطراب عقلي جنسي آخر (على سبيل المثال ، اضطراب الاكتئاب أو الهوس الاكتئابي ، واضطراب القلق ، واضطراب ما بعد الصدمة ، والاضطراب الذهاني) ، عندئذ فقط ينبغي تشخيصه بالاضطراب العقلي . وإذا كانت المشكلة تتضح من خلال استخدام المخدرات ، أو سوء استخدامها أو التوقف عنها أو عن مادة أخرى ، فإنه يجب أن يتم التشخيص وفقا لمادة العجز الجنسي التي يسببها الدواء . وإذا كان الخلل الجنسي يعود إلى حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، اعتلال الأعصاب المحيطية) ، فإن الفرد لا يحصل على تشخيص بالأمراض النفسية . وإذا كانت العلاقة الجنسية شديدة الضيق ، أو مع عنف الزوج ، أو مع الضغوطات الكبيرة ، فإن شرح الصعوبات الجنسية يتم أولاً ، ثم يعقبه شرح العجز الجنسي قبل إجراء التشخيص المتكامل ، وفي كثير من الحالات ، توجد علاقة سببية دقيقة بين شرط وآخر (على سبيل المثال ، حالة طبية) مرتبطة بالعجز الجنسي .

إضطراب تأخر القذف Delayed Ejaculation :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F52.32) :

A . أي من الأعراض التالية يجب أن يكون من ذوي الخبرة في - تقريبا كل- أو جميع المناسبات (مع ما يقرب من ٧٥-١٠٠ ٪) من النشاط الجنسي الزواجي (وفي السياقات العرضية التي تم تحديدها أو المعممة ، في جميع السياقات) ، ودون إهمال رغبة الفرد : -

١. تميزت بتأخير في القذف .

٢. ندرة ملحوظة أو غياب القذف .

B . الأعراض في المعيار A لمدة لا تقل عن حوالي ٦ أشهر .

C . الأعراض في المعيار A يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة في الفرد .

D . لم يتم تفسير أوضح للعجز الجنسي بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي تناسلي ، أو في شكل نتيجة لضائقة شديدة ، أو مع علاقة الضغوطات الكبيرة الأخرى ، والتي لا ُتعزى لآثار مادة الأدوية أو حالة طبية أخرى .

تحديد ما إذا كان :

مدى الحياة : الاضطرابات الحالية منذ أن أصبح الفرد نشيطاً جنسياً .

المكتسبة : تبدأ الاضطرابات بعد فترة نسبية من الوظيفة الجنسية الطبيعية .

تحديد ما إذا كان :

معمم : لا تقتصر على أنواع معينة من التحفيز ، مع الأزواج .

عرضي : يحدث فقط مع أنواع معينة من التحفيز ، مع الأزواج .

تحديد شدة الحالي :

خفيف : أدلة الشدة خفيفة على الأعراض في المعيار A

معتدل : أدلة الشدة المعتدلة أكثر الأعراض في المعيار A

شديد : أدلة من ضائقة شديدة تؤثر فى مدى استمرار الأعراض A .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة المميزة لتأخير القذف هو تأخير ملحوظ في أو عدم القدرة على تحقيق القذف (A) . تقارير الرجل صعوبة أو عدم القدرة على القذف على الرغم من وجود

التحفيز الجنسي الكافي والرغبة في القذف ، أو وجود شكوى رئيسه ، والتى عادة ما تنطوي على شراكة النشاط الجنسي . وفي معظم الحالات ، سوف يتم تشخيص ما يدلى به الفرد من التقرير الذاتي له .

أما تعريف " التأخير" فهو يتصل بالاستمرار دون حدود لفترة زمنية معقولة للوصول إلى النشوة ، وهو غير المقبول استمراره لفترة طويلة بالنسبة لمعظم الأزواج من الجنسين .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

قد يقرر (الزوج وزوجته) الانتظار لفترات طويلة لتحقيق النشوة الجنسية ، حتى الوصول إلى نقطة الإرهاق أو عدم راحة الأعضاء التناسلية ، وقد يقرر بعض الرجال تجنب النشاط الجنسي بسبب وجود نمط متكرر من صعوبة الإنزال .

بالإضافة إلى أنواع فرعية " العرضية المكتسبة / والمعممة مدى الحياة " أو من خلال تقييم وتشخيص تأخير القذف ، والتى قد تكون ذات صلة بالمسببات أو بالعلاج ، ومما يجب النظر إليه من خلال العوامل الخمسة التالية وهى : -

١) عوامل الزوج (على سبيل المثال ، مشاكل الزوج الجنسية ، والوضع الصحي للزوج) .
٢) عوامل العلاقة (مثل سوء التواصل ، التفاوت في الرغبة في النشاط الجنسي) .
٣) عوامل الضعف الفردية (على سبيل المثال ، صورة الجسم ؛ تاريخ الاعتداء الجنسي أو العاطفي) ، الاعتلال المشترك النفسية (على سبيل المثال ، الاكتئاب والقلق) ، أو الضغوطات (على سبيل المثال ، فقدان الوظيفة ، والفجيعة) .
٤) العوامل الثقافية (على سبيل المثال ، الموانع الأخلاقية المتعلقة بحظر النشاط الجنسي؛ والمواقف تجاه الجنس / إلا من خلال الحياة الزوجية السوية) .
٥) العوامل الطبية ذات الصلة بالتشخيص ، أو العلاج ، كل هذه العوامل قد تُسهم بشكل مختلف لأعراض مختلفة يقدمها الرجال مع هذا الاضطراب .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار غير واضح بسبب عدم وجود تعريف دقيق لهذه المتلازمة . وهو يمثل شكوى جنسية أقل شيوعاً لدى الذكور . كما أن ٧٥٪ فقط من الرجال يقرروا دائماً الإنزال خلال بدء النشاط الجنسي ، وأقل من ١ ٪ من الرجال يشكون من مشاكل مع القذف ، والوصول إلى أكثر من (٦ أشهر) .

دورة التنمية Development and Course :

يبدأ تأخير القذف مدى الحياة / مع التجارب الجنسية المبكرة والذى يستمر طوال الحياة . وبحكم التعريف ، يبدأ تأخير القذف المكتسب بعد فترة من وظيفة جنسية طبيعية . وهناك أدلة ضئيلة بشأن المسار المكتسب لتأخير القذف . أما معدل انتشار تأخير القذف فيبدو أنه يظل ثابتاً نسبيا حتى حوالي سن ٥٠ عاما ، أما فى الرجال في سن (٨٠ عاماً) فقد يقرروا ضعفي صعوبة الإنزال / والذى قد يحدث مع الرجال الذين تقل أعمارهم عن ٥٩ عاما .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : يرتبط الضعف بالعمر ، ومن الحسية العصبية الحركية الطرفية السريعة ، والمرتبطة بالعمر ، والتى قد تترافق بإفراز الستيرويد الجنسى ، مع الزيادة في تأخير القذف في الرجال الأكبر سنا من ٥٠ عاما .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافي Culture-Related Diagnostic issues:

الشكاوى من تأخير القذف تختلف باختلاف البلدان والثقافات : وهذه الشكاوى هي أكثر شيوعاً بين الرجال في السكان الآسيويين / أكثر من الرجال الذين يعيشون في أوروبا ، وأستراليا ، أو الولايات المتحدة ، وقد يكون هذا الاختلاف يعزى إلى الاختلافات الثقافية أو الوراثية بين الثقافات .

العواقب الوظيفية من تأخر القذف :

صعوبة في القذف يمكن أن تسهم في صعوبات في الحمل : وكثيراً ما يرتبط تأخر القذف مع الضغط النفسي الكبير في واحد أو كلا الزوجين .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

حالة طبية أخرى : التشخيص التفريقي الرئيسي ، يتم بين تأخر القذف من مرض طبي كامل وواضح ، أو بين آخر حالة تأخر قذف نفسي ، مجهولة السبب ، أو الجمع بين المسببات النفسية والطبية .

أما الشكوى العرضية التى تشكل الأساس النفسي لهذه المشكلة ، أو من مرض طبي آخر ، أو إصابة قد تنتج عن التأخر المستقل

المميزات التشخيصية Diagnostic Features ،

الميزة الأساس من اضطراب الانتصاب / هو الفشل المتكرر للحصول أو الحفاظ على الانتصاب للأنشطة الزوجية الجنسية خلال الفترة (A) . وهناك تاريخ دقيق الجنسي هو ضروري للتأكد من أن المشكلة كانت موجودة لمدة طويلة من الزمن (أي ما لا يقل عن ما يقرب من ٦ أشهر) أو يحدث في غالبية المناسبات الجنسية بمعدل (أي لا يقل عن ٧٥ ٪ في ذلك الوقت) . وقد تحدث أعراض إلا في حالات محددة تنطوي على أنواع معينة من التحفيز الزوجية ، أو أنها قد تحدث بطريقة معممة في جميع أنواع الحالات .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

، Associated Features Supporting Diagnosis

كثير من الرجال يعانون من اضطراب الانتصاب ، والذى قد يتصل بتدني احترام الذات ، وانخفاض الثقة بالنفس ، وانخفاض الشعور بالذكورة ، وقد يواجه أثر الاكتئاب . أو الخوف أو تجنب حدوث اللقاءات الجنسية فى المستقبل . ويعد انخفاض الإشباع الجنسي وانخفاض الرغبة الجنسية ، هى الشائعة لدى الزوج .

وبالإضافة إلى الأنواع الفرعية " المكتسبة مدى الحياة " و" العرضية المعممة " ويجب النظر إلى ما يلي من العوامل الخمسة ، من خلال تقييم وتشخيص اضطراب الانتصاب ، نظرا لأنها قد تكون ذات صلة بالمسببات أو بالعلاج : -

١) عوامل الزوج (على سبيل المثال ، المشاكل الجنسية للزوج ، والحالة الصحية للزوج) .

٢) عوامل العلاقة (مثل سوء التواصل ، التفاوت في الرغبة ، وفي النشاط الجنسي) .

٣) عوامل الضعف الفردية (على سبيل المثال ، صورة الجسم ، تاريخ الاعتداء الجنسي أو العاطفي) ، الاعتلال النفسي المشترك (على سبيل المثال ، الاكتئاب ، والقلق) ، أو الضغوطات (على سبيل المثال ، فقدان الوظيفة ، والفجيعة) .

٤) العوامل الثقافية (على سبيل المثال ، الموانع المتعلقة بحظر النشاط الجنسي ؛ والمواقف تجاه الجنس) .

٥) العوامل الطبية ذات الصلة إلى التشخيص ، بطبيعة الحال ، أو العلاج ، وهو ما يمكن لكل هذه العوامل أن تسهم فى تقديم الأعراض المختلفة مع هذا الاضطراب .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار مدى الحياة لاضطراب الانتصاب غير معروف : هناك قوي ترتبط بزيادة السن في كل من معدل الانتشار مع حدوث مشاكل مع الانتصاب ، وخاصة بعد سن ٥٠ عاما ، فى حوالي ١٣ -٢١ ٪ من الرجال الذين تتراوح أعمارهم ٤٠-٨٠ عاما ، والذين يشكون من حين لآخر مع مشاكل الانتصاب . مع ما يقرب من ٢ ٪ من الرجال الذين تقل أعمارهم عن سن ٤٠-٥٠ عاما ، والذين يشكون من مشاكل متكررة مع الانتصاب ، في حين أن ٤٠ ٪ -٥٠ ٪ من كبار السن من الرجال من ٦٠-٧٠ سنوات قد يواجهون مشاكل كبيرة مع الانتصاب .

كما يخشى حوالي ٢٠ ٪ من الرجال من مشاكل الانتصاب على تجربتهم الزوجية الأولى ، في حين أن ما يقرب من ٨ ٪ واجهوا مشاكل الانتصاب التي تعوق الاختراق خلال تجربتهم الزوجية الأولى .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

تم العثور على فشل الانتصاب في أول محاولة جنسية ، والتى قد تكون مصاحبة باستخدام المخدرات أو الكحول ، أو عدم الرغبة فى الجنس ، أو مع ضغط الأقران .

وهناك الحد الأدنى من الأدلة على أن معظم هذه المشاكل تحدث عفويا دون أى تدخل مهني ، ولكن بعض الرجال قد تستمر معهم تلك المشاكل العرضية . وفي

المقابل ، فهو كثيراً ما يرتبط باضطراب الانتصاب المكتسب مع العوامل البيولوجية مثل : مرض السكري وأمراض القلب والأوعية الدموية . ومن المرجح أن تكون مستمرة مع اضطراب الانتصاب المكتسب في معظم الرجال .

التاريخ الطبيعي لاضطراب الانتصاب مدى الحياة غير معروف : ويدعمه المراقبة السريرية ، أو ارتباطه باضطراب الانتصاب مدى الحياة مع العوامل النفسية التي تعبر عن استجابة لتدخلات نفسية معينة ، في حين - كما ذكر أعلاه - بأن اضطراب الانتصاب أكثر عرضة ليكون ذات صلة بالعوامل البيولوجية ، والتي قد تكون مستمرة مع زيادة حدوث اضطراب الانتصاب مع التقدم في السن . وهناك أقلية من الرجال شُخصت الحالة لديهم على أنهم قد يواجهون فشل الانتصاب المعتدل / أو التعافي والشفاء العفوي ، من دون أعراض التدخل الطبي .

أما الاستغاثة المرتبطة باضطراب الانتصاب : فهي أقل من ذلك لدى كبار السن من الرجال كما مقارنة مع الرجال الأصغر سنا .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : قد تترافق سمات الشخصية العصابية / مع من يعانون من مشاكل الانتصاب الكلية ، وقد يتصل بسمات الشخصية المرتبطة بمشاكل الانتصاب لدى الرجال في سن ٤٠ عاما فما فوق . (أي عجز في المعالجة المعرفية من العواطف) وهو أمراً شائعاً في تشخيص "نفسية" الرجال بعدم القدرة على الانتصاب ، أما مشاكل الانتصاب فهي الأكثر شيوعاً في تشخيص الاكتئاب الرجال مع اضطراب ما بعد الصدمة .

معدلات بالطبع : تشمل عوامل الخطر لاضطراب الانتصاب المكتسب كل من : السن ، والتدخين والتبغ ، وعدم ممارسة الرياضة البدنية ، والسكري ، وانخفاض الرغبة .

تشخيص قضايا ذات الصلة الثقافية Cuiture-Reiated Diagnostic issues :

تم العثور على شكاوى من اضطراب الانتصاب تختلف باختلاف البلدان : ومن غير الواضح مدى صحة هذه الاختلافات في التوقعات الثقافية في مقابل خلافات حقيقية في وتيرة فشل الانتصاب .

التشخيص التفصيلى Diagnostic Marlcers :

ويتم باختبار ليلى لانتفاخ القضيب ، وبقياس جدية الانتصاب أثناء النوم ، والذى يمكن أن يكون عاملاً للمساعدة في التفريق العضوي حول مشاكل الانتصاب النفسي ، وذلك على افتراض أن الانتصاب كافي أثناء النوم ، أما حركة العين السريعة فهى تشير إلى وجود عوامل نفسية كمسببات لهذه المشكلة .

ويمكن استخدام عدد من الإجراءات التشخيصية الأخرى اعتمادا على تقييم الطبيب لأهميتها بالنظر إلى عمر الفرد .

المشاكل المرضية الطبية والسريرية : الموجات فوق الصوتية داخل الأوعية الدموية حقن المخدرات فعال في الأوعية ، وكذلك الإجراءات التشخيصية الغازية مثل ديناميكية التسريب ، ويمكن استخدامها لتقييم سلامة الأوعية الدموية .

ويمكن الاشتباه فى الاعتلال العصبي المحيطي لدى الرجال الذين يشكون أيضاً من الانخفاض الجنسي في كثير من الأحيان ، والذى يتم من خلاله تقييم الرغبة ، سواء بصورة بيولوجية أو بنسب التستوستيرون الحر لتحديد ما إذا كانت الصعوبة تمثل تأثير العامل الثانوي للغدد الصماء . ويمكن أيضاً تقييم وظيفة الغدة الدرقية .

أما تقرير فحص نسبة الجلوكوز (صائم) في مصل الدم فهو مفيد للكشف عن وجود مرض السكري ، وتقييم نسبة الدهون في الدم كأمر مهم ، كما أن اضطراب الانتصاب لدى الرجال فوق ٤٠ عاما قد يتنبأ بالمخاطر المستقبلية من مرض الشريان التاجي .

العواقب الوظيفية من اضطراب الانتصاب :

اضطراب الانتصاب يمكن أن يتداخل مع الخصوبة وإنتاج الفردية ومحنة الشخصية ، والخوف أو تجنب اللقاءات الجنسية قد تتداخل مع القدرة على تطوير العلاقات الحميمة .

التشخيص التفاضلى Differentiai Diagnosis :

الاضطراب العقلي الجنسي الاكتئابي : قد يترتبط مع اضطراب الانتصاب عن كثب ، والمرتبط باضطراب الانتصاب المصاحب بالاضطراب الاكتئابي الشديد .

وظيفة الانتصاب الطبيعية : ينبغي أن تشمل وظيفة الانتصاب الطبيعية / فرق النظر في الانتصاب الطبيعي لدى الرجال مع التوقعات المفرطة .

استخدام مادة الدواء : التشخيص التفريقي الرئيس الآخر هو ما إذا كان هناك مشكلة ثانوية فى الانتصاب نتيجة لاستخدام مادة الدواء . وذلك على أن يتزامن مع ظهور بداية تعاطي المخدرات / والأدوية والتي تتبدد مع وقف مادة الدواء ، أو مع تقليل الجرعة التى يسببها الدواء للعجز الجنسي .

حالة طبية أخرى : الجانب الأكثر صعوبة في التشخيص التفريقي من اضطراب الانتصاب هو استبعاد مشاكل الانتصاب التي سيتم شرحها بالكامل من قبل العوامل الطبية . مثل تلك الحالات التى لم تستوف تشخيص اضطراب عقلي . أما التمييز بين اضطراب الانتصاب ، وبين الاضطراب العقلي ، فيما يتعلق بعدم القدرة على الانتصاب نتيجة لحالة طبية أخرى هو عادة ما تُصنف بأنها غير واضحة ، وسوف يكون هناك العديد من مسببات الحالات المعقدة التفاعلية ، والبيولوجية والنفسية .

وإذا كان الفرد هو فوق ٤٠-٥٠ سنة أو لديه ما يصاحب تلك المشاكل الطبية ، مما يوجب التشخيص التفريقي والذى يشمل المسببات الطبية ، لا سيما أمراض الأوعية الدموية ، أو وجود مرض عضوي معروف والمسبب لمشاكل في الانتصاب ، إلا أنه لم يؤكد وجود علاقة سببية . وعلى سبيل المثال ، يمكن للرجل مع مرض السكري تطوير اضطراب الانتصاب استجابة لضغوط نفسية .

وبشكل عام ، فإن عدم القدرة على الانتصاب يتم تعميمها لعوامل عضوية تحدث بصورة تدريجية في البداية . وقد تعود مشاكل الانتصاب عقب إصابات الخلايا العصبية للأعضاء التناسلية (على سبيل المثال ، نتيجة إصابات الحبل الشوكي) .

وتعد مشاكل الانتصاب الظرفية وغير المتناسقة ، والتي لها بداية حادة بعد الحدث المجهد في الحياة والتى تعود - في معظم الأحيان - بسبب الأحداث النفسية .

أما سن أقل من (٤٠ عاما) فهو أيضاً يوحي بمسببات الخلل الجنسى ، أو الظروف النفسية الصعبة . وقد يتعايش اضطراب الانتصاب السابق لأوانه (المبكر) القاصر على اضطراب نشاط الرغبة الجنسية .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يمكن لمريض اضطراب الانتصاب الجنسي مع التشخيصات الأخرى ، (مثل سابق لأوانه (المبكر) / وقصور نشاط اضطراب الرغبة الجنسية ، وكذلك مع اضطرابات القلق والاكتئاب .

ويعد اضطراب الانتصاب أمر شائعاً في الرجال ، مع انخفاض أعراض المسالك البولية التى تتعلق بتضخم البروستاتا . وقد يكون اضطراب الانتصاب المرضي مع دسليبيدميا [1] ، القلب والأوعية الدموية ، وقصور الغدد التناسلية ، والتصلب المتعدد ، وداء السكري ، وأمراض أخرى قد تتداخل مع وظيفة الأوعية الدموية والعصبية ، أو الغدد الصماء اللازمة لطبيعية وظيفة الانتصاب .

علاقة التصنيف الدولى للأمراض يتم ترميز استجابة الانتصاب بفشل استجابة الأعضاء التناسلية في (F2.2) ICD- 10 .

إضطراب لذة الجماع للإناث Female Orgasmic Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F52.31) :

A . وجود أي من الأعراض التالية وشهدت على ما يقرب من جميع أو كل (حوالي ٧٥ -١٠٠ ٪) مناسبات النشاط الجنسي (في السياقات العرضية التي تم تحديدها ، أو المعممة ، في جميع السياقات) : -

١.تميز بالتأخير في / أو فى غياب هزة الجماع .

٢. انخفاض كثيف ملحوظ من أحاسيس النشوة الجنسية .

---

(١) دسليبيدميا **Dyslipidemia** : هى نسبة ارتفاع الكولسترول والدهون الثلاثية (TGS)، أو كليهما، أو انخفاض مستوى البروتين الدهني عالي الكثافة الذي يسهم في تطور تصلب الشرايين. قد تكون الأسباب الأساسية (الجينية) أو الثانوية، ويتم التشخيص من خلال قياس مستويات الكوليسترول الكلي في البلازما، TGS ، والبروتينات الدهنية الفردية. العلاج هو التغييرات الغذائية، مع الأدوية المخفضة للدهون ، والذي عادة ما يكون بسبب النظام الغذائي الذي يتبعه الفرد ، وفي بعض الأحيان بسبب الارتفاع المستمر للإنسولين في الدم الذي قد يؤدي إلى الدسلبيديميا .

B . الأعراض في المعيار A لمدة لا تقل عن حوالي ٦ أشهر .

C . الأعراض في المعيار A يسبب ضائقة مهمة إكلينيكيا في الفرد .

D . لم يتم أوضح العجز الجنسي بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي جنسي أو في شكل نتيجة للضائقة شديدة العلاقة (على سبيل المثال ، عنف الزوج) أو هامة أخرى الضغوطات وليس تعزى إلى آثار من مادة الدواء أو لآخر حالة طبية .

تحديد ما إذا كان :

- مدى الحياة : إن الاضطرابات الحالية منذ أن أصبح الفرد نشيطاً جنسيا .
- مكتسبة : بدء الاضطرابات بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبيا .

تحديد ما إذا كان :

- معممة : لا تقتصر على أنواع معينة من التحفيز ، والحالات ، أو الأزواج .
- عرضية : يحدث فقط مع أنواع معينة من التحفيز ، والحالات ، أو الأزواج .

تحديد ما إذا كان : لم يشهد - تحت أي وضع - هزة الجماع .

تحديد شدة الحالي :

- خفيف : أدلة الشدة الخفيفة على الأعراض في المعيار A
- معتدل : أدلة الشدة المعتدلة أكثر الأعراض في المعيار A
- شديد : أدلة من ضائقة شديدة أو المدقع على مدى الأعراض في المعيار A

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يتميز اضطراب نشوة الإناث التي تعاني من صعوبة النشوة أو الانخفاض ملحوظ الكثافة من أحاسيس النشوة الجنسية (A) . وتظهر المرأة تقلب واسعاً في نوع أو شدة التحفيز الذي يُسبب النشوة . وبالمثل ، فإن الأوصاف الذاتية للنشوة الجنسية تبدو متنوعة للغاية . كما يجب لمن يقوم بتشخيص اضطراب النشوة الجنسية للإناث ، بأن يكونوا من ذوي الخبرة بتلك الأعراض ، والذى قد يحدث تقريبا كل (حوالي ٧٥-١٠٠٪) من مناسبات النشاط الجنسي (في السياقات العرضية التي تم تحديدها ، أو إذا كانت معممة ، في جميع السياقات) وقد يكون الحد الأدنى لها مدة ما يقرب من ٦ أشهر.

ويهدف استخدام الحد الأدنى من شدة ومدة المعايير ، هو التمييز العابر من صعوبات النشوة ، وضعف النشوة الجنسية الأكثر ثباتا ، والتى يتم إدراجها " تقريبا " في المعيار (B) بما يسمح للحكم الطي في الحالات التي لا تلبي الحد الأدنى الموصى به لمدة ٦ أشهر .

أما تشخيص اضطراب النشوة الجنسية للإناث ، مع ضائقة مهمة إكلينيكية والمصاحبة لتلك الأعراض فى المعيار (C) . فيتم مع العديد من حالات مشاكل النشوة ، لا تتضح أسبابها إلا فى سياقاتها / أو لا يمكن تحديدها . وإذا كان اضطراب النشوة الجنسية للإناث يعتبر أوضح وأفضل - فى تشخيصه - من خلال اضطراب عقلي آخر ، أو من آثار مادة الدواء ، أو من خلال حالة طبية أخرى ، ويتم تشخيص اضطراب النشوة الجنسية للإناث من خلال العوامل السياقية الشخصية أو الكبيرة ، مثل ضائقة شديدة فى العلاقة ، وعنف الزوج الحميم ، أو الضغوطات الكبيرة الأخرى ، وذلك قبل أن يتم تشخيص اضطراب النشوة الجنسية لدى الإناث .

وتتطلب لدى العديد من النساء تحفيز البظر للوصول إلى النشوة الجنسية ، ونسبة صغيرة نسبياً من النساء يؤكدن أنهن دائما يجربن تجربة هزة الجماع أثناء الجماع المهبلي بالقضيب . وهكذا ، فإن المرأة التي تعاني من النشوة الجنسية من خلال تحفيز البظر ، وليس خلال الجماع لا تلبي معايير التشخيص السريري لاضطراب النشوة الجنسية للإناث . فمن من المهم أيضاً النظر في ما إذا كانت صعوبات النشوة الجنسية هي نتيجة لعدم كفاية التحفيز الجنسي ؛ وفي هذه الحالات ، قد تكون هناك حاجة للتركيز عليه ، ولكن تشخيص الإناث لن يتم وصفه باضطراب النشوة الجنسية .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

الصلات بين أنماط معينة من سمات الشخصية أو النفسية والنشوة عموما لم يؤيد علامات ضعف ، وذلك بالمقارنة مع النساء دون اضطراب ، كما أن بعض النساء الذين يعانون من اضطراب النشوة الجنسية قد يجدون صعوبة أكبر فى التواصل حول القضايا الجنسية ، أو فى الاشباع الجنسي عموما ، ومع ذلك ، لا ترتبط ذلك بقوة مع تجربة النشوة الجنسية .

وقدم العديد من النساء تقرير بمستويات عالية من الرضا الجنسي على الرغم أنها تحدث نادرا ، أو لا يعانوا من الوصول إلى النشوة . أما صعوبات النشوة الجنسية في النساء فغالباً ما تحدث مع الزوج ، نتيجة احتمال وجود مشاكل متصلة بالاهتمام الجنسي والإثارة .

بالإضافة إلى أنواع فرعية " مثل المكتسبة مدى الحياة " والمعممة العرضية " ومما يلي يجب النظر إليه من خلال خمسة عوامل لتقييم وتشخيص اضطراب النشوة لدى الإناث ، نظرا لأنها قد تكون ذات صلة بالمسببات أو العلاج : -

١) عوامل الزوج (على سبيل المثال ، مشاكل جنسية مع الزوج ، الوضع الصحي للزوج) .
٢) عوامل العلاقة (على سبيل المثال ، ضعف التواصل والاختلافات في الرغبة في النشاط الجنسي) .
٣) ضعف العوامل الفردية (على سبيل المثال ، سوء صورة الجسم ، تاريخ الاعتداء الجنسي أو العاطفي) ، الأمراض النفسية الاعتلال المشترك (على سبيل المثال ، الاكتئاب ،والقلق) أو الضغوطات (على سبيل المثال ، فقدان الوظيفة ، والفجيعة) .
٤) العوامل الطبية ذات الصلة بالتشخيص ، وبطبيعة الحال ، بطريقة العلاج .

كل هذه العوامل يمكن أن تسهم بشكل مختلف للأعراض المختلفة للنساء الذين يعانون من هذا الاضطراب .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار مشاكل النشوة لدى النساء تختلف على نطاق واسع من (١٠ إلى ٤٢٪) ويتوقف ذلك على عوامل متعددة (على سبيل المثال ، العمر ، والثقافة ، والمدة ، وشدة الأعراض) ، ومع ذلك ، فإن هذه التقديرات لا تأخذ في الاعتبار وجود محنة ، إلا أن نسبة فقط من النساء قد تعاني من صعوبات النشوة أيضاً ، أما الاختلاف في كيفية تقييم الأعراض (على سبيل المثال ، من خلال مدة الأعراض ، وفترة الاسترجاع) والتي تؤثر أيضاً على معدلات معدل الانتشار ، في حوالي ١٠ ٪ من النساء دون تجربة للنشوة الزوجية طوال حياتهم .

دورة التنمية Development and Course :

وبحكم التعريف ، فإن اضطراب النشوة لدى الإناث ، قد يستمر مدى الحياة ويشير إلى أن صعوبات النشوة الجنسية لديهم كانت موجودة دائما ، في حين سيتم تعيين النوع الفرعي المكتسب فى حالة وجود صعوبات فى نشوة الجماع للزوجة ، وذلك بعد فترة من أداء لذة الجماع العادي .

وتظهر الزوجة نمطاً أكثر تقلبا مع النشوة الأولى من بدء الزواج ، وتشهد تقارير المرأة بزيادة النشوة الجنسية مع التقدم في السن . والعديد من النساء يتعلموا من تجربة النشوة لأنها تجربة تحتوى على مجموعة واسعة من التحفيز والحصول على المزيد من المعرفة حول أجسادهم ، أثناء النشاط الجنسي مع الزوج .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : هناك مجموعة واسعة من العوامل النفسية ، مثل القلق والمخاوف ، التى يحتمل أن تتداخل مع قدرة المرأة لتجربة النشوة الجنسية .

المخاطر البيئية : هناك علاقة قوية بين مشاكل العلاقة ، مثل الصحة ، والصعوبات الصحية والنشوة العقلية عند النساء ، والعوامل الاجتماعية والثقافية (على سبيل المثال ، توقعات دور الجنسين) وهي تأثيرات هامة من الخبرة ، ومن تلافى صعوبات النشوة الجنسية .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : العديد من العوامل الفسيولوجية قد تؤثر على تجربة المرأة من النشوة ، بما في ذلك الظروف الطبية والأدوية . وظروف متعددة مثل التصلب ، تلف أعصاب من الحوض ، واستئصال الرحم الجذري ، واصابات الحبل الشوكي ، والتى يمكن أن تؤثر في سير النشوة الجنسية للمرأة .

كما يؤثر امتصاص السيروتونين الانتقائي فى تأخير أو منع النشوة عند النساء ، كما يؤثر الضمور الفرجي المهبلي لدى النساء (بظهور أعراض مثل جفاف المهبل ، والحكة ، والألم) وبشكل ملحوظ ، والذى من المرجح ألا يقدم صعوبات النشوة مع النساء دون هذا الشرط .

ولا يرتبط الوضع باستمرار بعد انقطاع الطمث مع احتمال صعوبات النشوة الجنسية . وقد تكون هناك مساهمة وراثية كبيرة فى اختلاف وظيفة النشوة الجنسية للإناث . ومع ذلك ، فإن العوامل النفسية والاجتماعية والثقافية ، والفسيولوجية / من المرجح أن تتفاعل بطرق معقدة للتأثير على تجربة المرأة مع النشوة ، إضافة إلى صعوبات الوصول إلى النشوة الجنسية .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافي Culture-Related Diagnostic issues:

تعتبر مشكلة الافتقار إلى النشوة الجنسية في النساء كمشكلة تتطلب العلاج ، وقد تختلف اعتمادا على السياق الثقافي . وبالإضافة إلى ذلك ، تختلف النساء في مدى أهمية النشوة الجنسية ، والحصول على الرضا الجنسي . وقد يكون هناك تميز اجتماعية واختلافات ثقافية بين الأجيال في قدرة المرأة على الوصول إلى النشوة الجنسية . على سبيل المثال ، فإن معدل الانتشار وعدم القدرة على الوصول إلى النشوة الجنسية قد تراوحت بين ١٧,٧ ٪ (في شمال أوروبا) إلى ٤٢,٢ ٪ (في جنوب شرق آسيا) .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

على الرغم من التغيرات الفسيولوجية القابلة للقياس ، والتي تحدث أثناء النشوة الجنسية للإناث ، بما في ذلك التغيرات في الهرمونات ، والعضلات ، وقاع الحوض ، وتنشيط الدماغ ، إضافة إلى التقلبات الكبيرة في هذه المؤشرات من النشوة عبر النساء . ويستند التشخيص في الحالات السريرية ، على اضطراب النشوة الجنسية لدى الإناث على التقرير الذاتي للمرأة .

الآثار الوظيفية للأنثى : يشكل اضطراب لذة الجماع عواقب وظيفية من اضطراب النشوة الجنسية الأنثوية غير الواضحة . وبالرغم من وجود علاقة قوية بين مشاكل العلاقة وصعوبات النشوة الجنسية في النساء ، فمن الواضح ما إذا كانت عوامل العلاقة هي عوامل الخطر لصعوبات النشوة الجنسية / أو هي عواقب من تلك الصعوبات .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الجنسية : تتميز الاضطرابات النفسية الجنسية ، مثل الاكتئاب الشديد ، والفوضى التي تتميز بتقلص - بشكل ملحوظ - بالمتعة في كل شيء ، أو تقريبا فى جميع الأنشطة ، والذى قد يفسر اضطراب النشوة الجنسية للإناث . ولا تفسر صعوبات النشوة الجنسية بصورة أوضح من خلال اضطراب عقلي آخر ، أو من خلال مادة العجز الجنسي الناجم عن استخدام مادة الدواء / والذى يشرح صعوبات النشوة الجنسية .

حالة طبية أخرى : إذا كانت صعوبات النشوة الجنسية بسبب حالة طبية أخرى (مثل اضطراب ، والتصلب المتعدد ، وإصابات الحبل الشوكي) ، فيجب ألا يتم تشخيص اضطراب النشوة الجنسية للإناث .

العوامل الشخصية : إذا كانت العوامل السياقية الشخصية كبيرة ، مثل شدة العلاقة ، وعنف الزوج الحميم ، أو الضغوطات كبيرة الأخرى ، والتى ترتبط مع صعوبات النشوة الجنسية ، فيجب كذلك ألا يتم تشخيص اضطراب النشوة الجنسية للإناث .

الخلل الجنسي الآخر : قد يحدث اضطراب النشوة الجنسية للإناث بالتعاون مع غيرها من عوامل الخلل الجنسي (على سبيل المثال ،إضطراب الإناث الجنسي) . أو وجود آخر عجز جنسي ، ولا يستبعد معها تشخيص اضطراب النشوة الجنسية للإناث .

وفي بعض الأحيان فإن النشوة الجنسية لا تقترن بالصعوبات - التي هي على المدى القصير- نادرة إكلينيكية هامة ، ومعها لا يتم تشخيص الضيق أو انخفاض القيمة / مع اضطراب النشوة الإناث . ولا يعتمد هذا التشخيص إذا كانت المشاكل هي نتيجة لعدم كفاية التحفيز الجنسي .

كما أن النساء الذين يعانون من اضطراب النشوة الجنسية للإناث قد يشاركوا في عدم الوصول للشهوة الجنسية ، مع تشخيص الاضطرابات النفسية الجنسية الأخرى ، والتى من أهمها : اضطراب الاكتئاب الشديد ، والتى قد تواجه انخفاض الاهتمام الجنسي ، وهناك عوامل أخرى - غير مباشرة - قد تزيد من احتمال صعوبات النشوة الجنسية .

إضطراب الاستثارة للاهتمام الجنسي للإناث :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F52.22) :

A . نقص ، أو تخفيض بشكل ملحوظ ، للاستثارة ، أو للاهتمام الجنسي وذلك من خلال ما لا يقل عن ثلاثة من التالية :

١.غياب، أو خفض الفائدة في النشاط الجنسي .

٢. تغيب الأفكار الجنسية المثيرة ، أو انخفاض التخيلات .

٣. خفض فترة بدء النشاط الجنسي ، وعدم التهيؤ عادة لمحاولات بدء الزوج .

٤. غياب تخفيض الإثارة الجنسية للمتعة أثناء ممارسة النشاط الجنسي الزوجى في تقريبا كل (ما يقرب من ٧٥ – ١٠٠ ٪) من اللقاءات الجنسية (في السياقات العرضية التي تم تحديدها أو إذا كان معمما ، في جميع السياقات) .

٥. غياب وانخفاض الاهتمام الجنسي والاستثارة ردا على أي مناطق داخلية أو خارجية جنسية مثيرة (على سبيل المثال ، اللفظية والبصرية) .

٦. غائب انخفاض الأعضاء التناسلية أو الأحاسيس خلال النشاط الجنسي في جميع تقريبا أو كل (ما يقرب من ٧٥ – ١٠٠ ٪) من اللقاءات الجنسية الزوجية (في السياقات العرضية التي تم تحديدها أو ، إذا معمم ، في جميع السياقات) .

B . الأعراض في المعيار A لمدة لا تقل عن حوالي ٦ أشهر .

C . الأعراض في المعيار A يسبب ضائقة إكلينيكية مهمة في الفرد .

D . لم يتم أوضح العجز الجنسي بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي أو في شكل نتيجة لضائقة شديدة في العلاقة (على سبيل المثال ، عنف الزوج) أو الضغوطات الهامة الأخرى ولا تُعزى إلى آثار من مادة الدواء أو لآخر حالة طبية .

تحديد ما إذا كان :

- مدى الحياة : الاضطرابات الحالية منذ أن أصبح الفرد نشيطاً جنسياً .
- المكتسبة : وتبدأ تلك الاضطرابات بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً .

تحديد ما إذا كان :

- المعممة : لا يقتصر إلا على أنواع معينة من التحفيز ، والحالات ، أو الأزواج .
- العرضية : يحدث فقط - جزئياً - مع أنواع معينة من التحفيز ، والحالات ، أو الأزواج .

تحديد شدة الحالي :

- خفيف : أدلة الشدة خفيفة على الأعراض في المعيار A
- المعتدل : أدلة الشدة المعتدلة لأكثر الأعراض في المعيار A
- شديد : أدلة من ضائقة شديدة أو مدقعة على مدى الأعراض في المعيار A

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يجب عند تقييم الإناث مع اضطراب الفائدة الشهوة الجنسية ، بأن تؤخذ سياق الشخصية بعين الاعتبار . A "التناقض / والرغبة" إذا كانت المرأة لديها أقل رغبة للنشاط الجنسي من زوجها ، ليست كافية لتشخيص اضطراب الإناث الجنسي والاستثارة .

أو من أجل معايير اضطراب الواجبات الزوجية التي ينبغي توافرها ، ويجب أن يكون هناك غياب أو انخفاض فى وتيرة أو شدة من ثلاثة على الأقل من ستة مؤشرات فى المعيار (A) أو لمدة لا تقل ما يقرب من ٦ أشهر فى المعيار (B) .

وقد تكون هناك لمحات من الأعراض المختلفة عبر النساء ، فضلا عن التباين في كيفية التعبير عن الاهتمام الجنسي والإثارة . وعلى سبيل المثال ، فقد تعبر امرأة فقط ، عن اضطراب الرغبة الجنسية والاستثارة ، وعدم الاهتمام بالنشاط الجنسي ، أو غياب الأفكار المثيرة أو الجنسية ، أو عدم الرغبة في بدء النشاط الجنسي والاستجابة لدعوات الزوج الجنسية .

فى حين أن امرأة أخرى ، مع عدم القدرة على أن تصبح متحمسة جنسياً مع الزوج ، كي تستجيب للمثيرات الجنسية مع الرغبة الجنسية ، أو عدم وجود علامات الشهوة الجنسية الجسدية والتى قد تشكل المميزات الأساس للاضطراب .

وقد تتعايش الرغبة الجنسية والشهوة - في كثير من الأحيان - مع منبهات الاستجابة الجنسية الكافية ، والتي تترافق مع معايير الإناث في الوصول إلى الشهوة الجنسية ، والتي تأخذ في الاعتبار صعوبات الرغبة والشهوة ، والتي غالباً ما ترتبط مع شكاوى بعض النساء مع هذا الاضطراب .

أما التغييرات على المدى القصير في الاهتمام الجنسي أو الشهوة الشائعة ، فيمكن أن تؤثر على حالة التكيف في حياة المرأة ، والتي لا تمثل العجز الجنسي .

أما تشخيص اضطراب الإناث الجنسي ، والاستثارة فيتطلب مدة لا تقل عن أعراض ما يقرب (من ٦ أشهر) من ظهور الأعراض لبقاء المشكلة المستمرة ، حتى يمكن تشخيصها بصورة صحيحه .

ويمكن تحديد تقدير استمرار الحكم السريري من قبل عندما تزيد عن (مدة ٦ أشهر) ولا يمكن التأكد على وجه التحديد ، بأن يكون هناك تردد غائب أو تخفيض أو شدة اهتمام بالنشاط الجنسي ، والذي كان يطلق عليه سابقا (قصور نشاط اضطراب الرغبة الجنسية) .

كما أن تواتر أو كثافة الأفكار الجنسية المثيرة أو الأوهام قد تكون غائبة أو قليلة (A2) .ويختلف التعبير عن الأوهام على نطاق واسع في جميع أنحاء النساء ، والذى يمكن أن يشمل ذكريات الماضي والخبرات .

وينبغي أن تؤخذ في الاعتبار الانخفاض المعياري في الأفكار الجنسية مع تقدم العمر ، عندما يتم تقييم هذا المعيار .

وقد يؤثر غياب أو انخفاض وتيرة الشروع في النشاط الجنسي والتقبل لدعوات الزوج الجنسي (A3) هو التركيز السلوكي الأساس لهذا المعيار ، حيث تشكل معتقدات الزوجان تفضيلات لأنماط بدء ممارسة الجنس ، وهي ذات أهمية كبيرة لتقييم هذا المعيار . وقد تكون الإثارة الجنسية غائبة أو المتعة قليلة ، وذلك من خلال النشاط الجنسي في - تقريبا كل - أو (ما يقرب من ٧٥ - ١٠٠ ٪) من اللقاءات الجنسية (A4) .

كما أن عدم وجود المتعة هو المشترك الأساس فى تقديم الشكوى السريرية في النساء مع رغبة منخفضة بين النساء اللواتي يبلغن عن انخفاض الرغبة الجنسية ، ووقد تكون الإشارات الجنسية أو المثيرة أقل إثارة للاهتمام الجنسي أو الاستثارة (أي عدم وجود "رغبة الاستجابة") .

ويتم التقييم ، وفقاً لمدى كفاية المثيرات الجنسية التى تساعد في تحديد ما إذا كانت هناك صعوبة في الرغبة الجنسية (A5) . أو قد تترافق مع شدة الأحاسيس التناسلية أو من خلال النشاط الجنسي ، بما يمكن أن تخفض أو تغيب الرغبة (A6) . ويمكن أن يشمل هذا الانخفاض تشحيم المهبل (إفراز ما بعد الاستثارة) ، ولكن بسبب تلك العوامل الفسيولوجية ، والناتجة عن الاستجابة الجنسية التناسلية / فقد لا تفرق النساء اللواتي يبلغن عن مخاوف الشهوة الجنسية / من أولئك الذين لا يفعلون ذلك ، سواء مع ضعف الأعضاء التناسلية ، أو مع غياب الأحاسيس الكافية .

لتشخيص الإناث الجنسي مع اضطراب الاستثارة يتعين القيام به مع استغاثة إكلينيكيا هامة ، ويجب أن يترافق مع الأعراض السائدة فى المعيار (A) .

أما الإستغاثة الصادرة نتيجة لعدم وجود الإثارة بالاهتمام الجنسي ، أو نتيجة لتدخل كبير في حياة المرأة . وإذا لم يتم تفسير عدم وجود الرغبة الجنسية مدى الحياة فإن التعريف الذاتي "الجنسية" ، يتم تشخيصه باضطراب الشهوة الجنسية لدى الإناث .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

وكثيراً ما يرتبط الاضطراب الجنسي للإناث المفتقد للإثارة مع المشاكل المتصلة بالنشوة ، أو الألم خلال النشاط الجنسي ، أو ما يتصل بتناقضات النشاط الجنسي على مستوى الزوجين في الرغبة الجنسية .

كما تؤثر صعوبات العلاقة واضطرابات المزاج المرتبطة بها في كثير من الأحيان لدى الإناث فى الاضطراب الجنسي والاستثارة .

كما تسير التوقعات غير الواقعية مع معايير المستوى "مناسب" من الاهتمام الجنسي أو الاستثارة ، والتى قد ترتبط بعدم وجود معلومات حول الحياة الجنسية ، وخاصة لدى النساء المصابات بالاضطراب الجنسي والاستثارة ، فضلا عن المعتقدات المعيارية حول أدوار الجنسين ، والذى يعد من العوامل الجوهرية الجديرة بالنظر فيها .

بالإضافة إلى الأنواع الفرعية المستمرة "مدى الحياة مكتسبة" و"معممة ، أو عرضية" ، ويجب النظر نحو الاهتمام الجنسي للإناث مع اضطراب الشهوة ذات صلة بالمسببات أو العلاج ، من خلال خمسة عوامل للتقييم والتشخيص كما يلى :

١) عوامل زوج (على سبيل المثال ، مشاكل جنسية مع الزوج ، الوضع الصحي للزوج) .
٢) عوامل العلاقة (مثل التواصل بين الزوجين ، تناقضات في الرغبة في النشاط الجنسي) .
٣) عوامل الضعف الفردية (على سبيل المثال ، وسوء صورة الجسم ، تاريخ الاعتداء الجنسي أو العاطفي) ، الاعتلال المشترك النفسية (على سبيل المثال ، والاكتئاب ، القلق) ، أو الضغوطات (على سبيل المثال ، فقدان الوظيفة ، والفجيعة) .
٤) العوامل الثقافية (على سبيل المثال ، الموانع المتعلقة حظر النشاط الجنسي؛ المواقف تجاه الجنس) .
٥) العوامل الطبية ذات الصلة إلى التشخيص ، بطبيعة الحال ، أو العلاج .
لاحظ أن كل هذه العوامل قد تسهم بشكل مختلف لأعراض تقديم النساء مختلفة يعانون من هذا الاضطراب .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار اضطراب الإناث الجنسي : كما هو محدد في هذا الدليل ، هو غير معروف ، أما معدل الانتشار فيتضح فى انخفاض الرغبة الجنسية ومشاكل الشهوة الجنسية (مع ودون ضيق مرتبط بها) ، على النحو المحدد من قبل DSM-IV أو ICD-10 ، قد يختلف بشكل ملحوظ تبعا للعمر والإعداد الثقافي ، ومدة الأعراض ، ووجود محنة (مشكلة كبيرة) . وفيما يتعلق بمدة الأعراض ، فهناك اختلافات ملفتة للنظر في تقديرات معدل الانتشار بين المشاكل المستمرة المتعلقة بنقص الاهتمام الجنسي على المدى القصير والطويل . أو عندما يحدث ضيق حول متطلبات الأداء الجنسي ، وتقديرات معدل انتشار المرض ، وهي أقل بشكل ملحوظ . خاصة لدى بعض كبار السن ، وتقرير حول النساء الأقل استغاثة لانخفاض الرغبة الجنسية أكثر من النساء الأصغر سنا ، على الرغم من أن الدافع الجنسي قد يقلل الرغبة مع تقدم العمر .

التنمية والدورة Development and Course :

بحكم التعريف ، يشير إلى مدى الحياة الإناث الجنسي اضطراب الفائدة الاستثارة أن عدم وجود وكان الاهتمام الجنسي أو الإثارة الحالية لحياة المرأة الجنسية بأكملها . للمعايير A3 ، A4 ، A6 والذي يعمل تقييم خلال النشاط الجنسي ، وهو نوع فرعي من مدى الحياة يعني جود أعراض منذ أول تجارب جنسية الفرد . المكتسبة وستخصص النوع الفرعي إذا الصعوبات مع الاهتمام الجنسي أو الاستثارة وضعت بعد فترة من الأداء الجنسي . التكيف والمعيارية التغييرات في الأداء الجنسي قد تنجم عن ، الشخصية ، أو الشخصية ذات الصلة بالزوج ، والتي تجرى وفقاً للأحداث الطبيعية . ومع ذلك ، تستمر الأعراض لحوالي لمدة ٦ أشهر أو أكثر ، هنا يمكن أن يتشكل العجز الجنسي .

هناك تغييرات المعيارية في الاهتمام الجنسي والإثارة في جميع أنحاء فترة الحياة . علاوة على ذلك ، هم أكثر عرضة لتقرير الانخراط في العلاقة الزوجية في مدة أطول مع الجنس على الرغم من تدنى أي مشاعر واضحة حول الرغبة الجنسية في البداية اللقاء الجنسي (الزوجى) . كما يُسهم جفاف المهبل لدى النساء الأكبر سنا ، والمتعلق بالعمر ، وبالوضع بعد انقطاع الطمث .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : وتشمل العوامل المخاطر المزاجية ، الإدراك والمواقف السلبية حول الجنس والتاريخ الماضي من الاضطرابات النفسية . أو الاختلافات في النزوع إلى الإثارة الجنسية ، ويمكن تثبيط الجنسي أيضاً ، والتنبؤ باحتمال تطوير المشاكل الجنسية .

المخاطر البيئية : وتشمل العوامل المخاطر البيئية ، وصعوبات العلاقة ، وسير الزوج الجنسي ، والتاريخ التنموي ، مع مقدمي الرعاية (الأب / الأم) مع ضغوطات مرحلة الطفولة .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : بعض الظروف الطبية (على سبيل المثال ، داء السكري ، الغدة الدرقية الاختلال الوظيفي) ويبدو أن هناك تأثير قوي لتلك العوامل الوراثية على سرعة التأثر بالمشاكل الجنسية لدى النساء ، كما تشير

البحوث النفسية للاستخدام المهبلي / بعدم وجود اختلافات بين النساء (مع أو بدون تصور عدم وجود الشهوة التناسلية) .

تشخيص القضايا ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic issues :

هناك تباين ملحوظ في معدلات الانتشار المنخفضة للرغبة الجنسية ، وذلك عبر الثقافات . أما أكثر معدلات انخفاض الرغبة الجنسية فقد تكون أكثر شيوعاً بين النساء مقارنة فى شرق آسيا اليورو المرأة الكندية . على الرغم من أن انخفاض مستويات الرغبة الجنسية والإثارة وجدت في الرجال والنساء من دول شرق آسيا مقارنة مع مجموعات الأمريكي اليورو ، وقد يعكس ذلك أقل الاهتمام بالجنس في تلك الثقافات ، ويبقى احتمال أن مثل هذه الاختلافات هي مجموعة من التدابير المستخدمة لقياس الرغبة . أي أن الحكم حول ما إذا كان انخفاض الرغبة الجنسية التي أبلغ عنها للمرأة / من خلال مجموعة ثقافية عرقية معينة تتلاءم مع اضطراب الإناث فى الاهتمام الجنسي الشهوة ، والتى يجب أن تأخذ في الاعتبار حقيقة أنه يجوز عبر الثقافات المختلفة بعض تلك السلوكيات وليس لغيرهم .

قضايا التشخيص المتعلقة بنوع الجنس Gender-Related Diagnostic issues :

بحكم التعريف يعطى تشخيص الإناث الجنسي اضطراب الشهوة فقط للنساء . وسينظر فى الصعوبات المؤلمة مع الرغبة الجنسية لدى الرجال ، حول قصور النشاط ، واضطراب الرغبة الجنسية .

العواقب الوظيفية من اضطراب الاستثارة والاهتمام الجنسي للإناث :

غالباً ما ترتبط صعوبات الإثارة والاهتمام الجنسي مع (الانخفاض / أو الارتياح) لتلك العلاقة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الجنسية : وذلك مثل الاكتئاب الشديد ، والفوضى التي يبدو فيها " تضاؤل الاهتمام بشكل ملحوظ بالمتعة في كل شيء - أو كلها تقريبا - أو فى الأنشطة التى تدار معظم اليوم ، والتى قد تُفسر عدم الاستثارة بالاهتمام الجنسي . وإذا

كان عدم الاهتمام أو الإثارة يعزى إلى اضطراب عقلي آخر ، كما يتم تشخيص اضطراب الإناث الجنسي - لم يتم - وقد يُفسر نتيجة استخدام الدواء (DSM-5) .

حالة طبية أخرى : يُمكن أن ترتبط الأعراض الجنسية - على وجه الحصر تقريبا - بآثار شرط طبي آخر (على سبيل المثال ، داء السكري ، خلل الغدة الدرقية ، وأمراض الجهاز العصبي المركزي) ، ويمكن بها تشخيص اضطراب الإناث الجنسي .

العوامل الشخصية : العوامل السياقية الشخصية أو الشديدة مثل استغاثة العلاقة الزوجية ، عنف الزوج الحميم ، أو ضغوطات كبيرة أخرى ، والموضحة لأعراض شهوة الاهتمام الجنسي .

الخلل الجنسي الآخر : لا يستبعد وجود العجز الجنسي عند تشخيص اضطراب الإناث الجنسي ، وعلى سبيل المثال ، فإن وجود ألم الأعضاء التناسلية المزمنة قد يؤدي إلى عدم وجود رغبة (مؤلمة) ناتجة عن النشاط الجنسي . وقد يحدث عدم الاهتمام والإثارة أثناء ممارسة النشاط الجنسي، والذى قد يضعف قدرة النشوة الجنسية بالنسبة لبعض النساء ، وجميع جوانب من تلك الاستجابة الجنسية قد تكون غير مرضية ومؤلمة .

مثيرات جنسية غير كافية أو غائبة : عندما يجري النظر في التشخيص التفريقي ، المختص بتقييم مدى كفاية المثيرات الجنسية لدى الزوجة . وفي بعض الحالات التي يتم فيها المساهمة بدرجة غير كافية أو فى غياب مثيرات جنسية ترتبط بالصورة السريرية ، وقد يكون هناك دليل على طلب الرعاية السريرية ، والذى يعود إلى ضعف التشخيص الجنسي التفريقى .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الاعتلال المشترك بين المشاكل ذات الاهتمام لاضطراب الشهوة الجنسية والصعوبات الأخرى الشائعة جدا . والتى ترتبط بقمة الضيق ، وعدم الرضا الجنسي مع الحياة الجنسية لدى النساء ، مع انخفاض الرغبة الجنسية . والتى قد ترتبط بانخفاض الرغبة المؤلمة / مع الاكتئاب ، ومشاكل الغدة الدرقية ، والقلق ، وسلس البول ، وعوامل طبية أخرى . كما ترتبط بالتهاب المفاصل ومرض التهاب الأمعاء العصبي أيضاً

بالتوازى مع / مشاكل الشهوة الجنسية . وهو ما يُظهر انخفاض الرغبة الجنسية المرضية مع الاكتئاب والجنسي ، أو الاعتداء الجسدي في مرحلة البلوغ ، أو مع معايير الأداء العقلي ، واستخدام الكحول .

اضطراب أهمية الشهوة الجنسية للإناث

Female Sexual Interest/Arousal Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F52.6) :

A . الصعوبات الثابتة أو المتكررة مع واحد (أو أكثر) من التالي : -

١. اختراق المهبل أثناء الجماع .

٢. تميز ألم فرجي مهبلي أو للحوض أثناء الجماع المهبلي أو محاولات الاختراق .

٣. بدء انخفاض النشاط الجنسي أو القلق حول ألم فرجي مهبلي أو الحوض تحسبا من خلال ، أو نتيجة لاختراق المهبل .

٤. شد عضلات قاع الحوض أثناء محاولة الاختراق المهبلي .

B . الأعراض في المعيار A لمدة لا تقل عن حوالي ٦ أشهر .

C . الأعراض في المعيار A يسبب ضائقة مهمة إكلينيكية للفرد .

D . لم يتم توضيح العجز الجنسي بشكل أفضل من خلال الاضطراب العقلي الجنسي ، أو في شكل نتيجة لضائقة شديدة فى العلاقة بين الزوجين (على سبيل المثال ، عنف الزوج) أو هامة أخرى الضغوطات وليس تعزى إلى آثار من مادة الدواء أو لآخر حالة طبية .

تحديد ما إذا كان :

- مدى الحياة : بأن الاضطرابات الحالية ، مستمرة مع بدء نشاط الفرد الجنسي .
- المكتسبة : وتبدأ تلك الاضطرابات بعد فترة من سريان الوظيفة الجنسية الطبيعية بصورة نسبية .

تحديد شدة الحالي : -

- خفيف : أدلة الشدة خفيفة ، وفقاً للأعراض في المعيار A
- معتدل : أدلة الشدة المعتدلة ، وفقاً لأكثر الأعراض في المعيار A
- شديد : أدلة الضائقة الشديدة أو المدقعة ، على مدى الأعراض في المعيار A

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

اضطراب الألم التناسلي الحوضى ، نتيجة عملية الجماع تشير إلى أربعة أعراض مرضية شائعة : -

١. صعوبة في الجماع .
٢. آلام الحوض التناسلي .
٣. الخوف من الألم أو اختراق المهبل .
٤. التوتر في عضلات قاع الحوض .

A) . بسبب صعوبة كبيرة في أي واحد من هذه الأعراض غالباً ما تكون كافية للتسبب فى الشدة الإكلينيكية الهامة ، ويمكن إجراء التشخيص على أساس الصعوبة الملحوظة في واحد فقط من الأعراض . ومع ذلك ، ينبغي تقييم جميع الأعراض الأربعة ، حتى ولو كان يمكن إجراء التشخيص على أساس عرض واحد فقط من تلك الأعراض .

ويلاحظ : وجود الخوف من اختراق المهبل أثناء الجماع ، والذى يمكن أن يختلف من العجز الكلي لتجربة اختراق المهبل في أي حالة (على سبيل المثال ، ألم الجماع ، فحوص أمراض النساء) إلى القدرة على تجربة الاختراق بسهولة في حالة واحدة .

وعلى الرغم من أن الوضع السريري الأكثر شيوعاً / هو عندما تكون المرأة غير قادرة على تجربة الجماع أو الاختراق مع الزوج ، وقد ترتبط بالألم الفرجي المهبلي أو الحوض أثناء الجماع المهبلي أو محاولات الاختراق (A2) والذى يشير إلى الألم الذي يحدث في مختلف مواقع منطقة الحوض التناسلية . وينبغي تقييم موقع الألم ، فضلا عن كم هذا الألم .

وعادة ، يمكن وصفه بالألم السطحي مثل (الفرجية المهبلية أو الذى يحدث أثناء الإيلاج) أو عمق (الحوض ، أي عدم الشعور بعمق الاختراق) . وغالباً ما تكون شدة الألم غير متعلقة خطيا بضائقة متداخله في الجماع أو مع أنشطة جنسية أخرى .

ولا يحدث بعض الألم التناسلي الحوضى إلا عند مرحلة الإثارة (أي قبل الجماع أو الميكانيكي) ؛ وقد يحدث الألم التناسلي الحوضى بصورة عفوية . ويمكن أن ألم الحوض التناسلي بأنه مفيداً نوعياً (على سبيل المثال ، حرق ، قطع ، خفقان) . وقد

تستمر الآلام لفترة بعد اكتمال الجماع ، والـذى يمكـن أن يحـدث أيـضاً أثنـاء التبـول . عادة ، فإن الألم الذي تعانيه الزوجة أثناء الجماع يمكن رصده تماماً خلال فتـرة الفحـص النسائي .

ويتميز الخوف أو القلق حول الألم الفرجـي المهبلـي أو الحوضـى ، إمـا تحـسبا ، أو أثناء الجماع ، أو نتيجة لاختراق المهبل (A3) ويقـال عـادة مـن قبـل النـساء الـذين يتعرضوا لهذا الألم الذي تعانيه بانتظام أثناء الجماع . وقد يؤدي هذا التفاعل "الطبيعـي " إلى تجنب حالات الحميمية الجنسية .

وفي حالات أخرى ، لا يبدو هذا الخـوف ملحوظـاً ، ويجـب أن يكـون متـصلاً إتصالاً وثيقا بتجربة الألم ولكنه يؤدي إلى تجنب الجماع حالات اختـراق المهبـل . النـاتج عن رد فعل بالخوف من اختراق المهبل/ أو الخوف من الألم .

توتر ملحوظ .أو شد عضلات قاع الحـوض أثنـاء محاولـة اختـراق المهبـل (A4) يمكن أن يظهر رد فعل عكسى مثل - تـشنج في قـاع الحـوض ردا علـى محاولـة دخـول المهبل "الطبيعي الطوعي " حيث تشكل العضلات - حراسة عكسية - على المتوقـع مـن تجربة متكررة من الألم ، أو الخوف ، أو القلق .

وفي حالة "طبيعية " قد تكون ردود الفعل ، للإختراق ممكنة في ظل ظـروف مـن الاسترخاء . والتى غالباً ما ’تشكل أفضل توصيف وتقييم لضعف قاع الحوض مـن قبـل طبيبة متخصصة ، أو نتيجة لفحص أرضية الحوض ، وإجراء العلاج الطبيعي .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis ،

كثيراً ما يرتبط اضـطراب الألم التناسـلي الحوضـى ، مـع تغلغـل الخلـل الجنـسي الأخرى ، ومع انخفاض الرغبة الجنسية للأنثى وخاصة (الاضطراب الجنسي الناتج عـن الاستثارة) .

ويتم الاحتفاظ بالرغبة والاهتمـام بالحـالات الجنـسية - الزوجيـة - غـير المؤلمـة أو التى لا تتطلب الاختراق . حتى مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب اختراق الألم ، وغالباً ما يكون هناك تجنب سلوكي لتلك الأوضاع الجنسية ، وتجنب الفحـوص الطبيـة النسائية ، وذلك على الرغم من التوصيات المتكررة بذلك .

ويعد نمط التجنب المشابه لتلك التي شوهدت في اضطرابات الرهاب . ومن الشائع للنساء اللواتي لم ينجحوا في الجماع الجنسي ، يأتون للعلاج فقط عندما يرغبون في حدوث الحمل .

كما أن العديد من النساء مع ألم الحوض التناسلي ، سوف يحدث لهم اضطراب نتيجة تجربة الاختراق المرتبط بمشاكل العلاقة الزوجية ، كما أنهم في كثير من الأحيان قد يبلغوا عن التقليل بشكل ملحوظ عن مشاعرهم من الأنوثة .

بالإضافة إلى النوع الفرعي " المتلازم مدى الحياة " والذى ينبغي النظر إليه من خلال خمسة من العوامل ، التى تُقيم وتشخص اضطراب الألم اختراق الحوض التناسلي لأنها قد تكون ذات صلة بالمسببات أو بالعلاج :

١) عوامل الزوج (على سبيل المثال ، المشاكل والحالة الصحية للزوج) .
٢) عوامل العلاقة (على سبيل المثال ، ضعف التواصل والاختلافات في الرغبة في النشاط الجنسي) .
٣) عوامل الضعف الفردية (على سبيل المثال ، ضعف صورة الجسم ، وتاريخ الاعتداء الجنسي أو العاطفي) ، والاعتلال النفسى المشترك (على سبيل المثال ، الاكتئاب ، والقلق) ، أو الضغوطات (على سبيل المثال ، فقدان الوظيفة ، والفجيعة) .
٤) العوامل الثقافية (على سبيل المثال ، الموانع التى تتعلق بالمواقف تجاه الجنس) .
٥) العوامل الطبية ذات الصلة بالتشخيص ، بطبيعة الحال ، أو بنمط العلاج / كل هذه العوامل قد تسهم بشكل مختلف فى ظهور الأعراض المختلفة لدى النساء الذين يعانون من هذا الاضطراب .

ولا توجد تدابير فسيولوجية صالحة لأي من أعراض مكون اضطراب الألم الحوض التناسلي الحوض الاخترا ق . مخزونات فحوص التحقق من صحة يجوز استخدامها لتقييم المكونات الرسمية للألم والقلق المرتبط بآلام اضطراب إختراق الحوض التناسلي ، أما معدل الانتشار اضطراب ألم اختراق الحوض التناسلي غير المعروف/ فهو ما يقرب من (١٥ ٪) من النساء في أمريكا الشمالية الذين قدموا تقريرا عن الألم المتكرر أثناء الجماع .

الصعوبات :

بعد أن تظهر آلام الجماع تتم الإحالة المتكررة إلى الأطباء المتخصصين ف عيادات العجز الجنسي .

التنمية والدورة Development and Course :

مسار اضطراب الألم لاختراق الحوض التناسلي غير واضحة : وذلك لدى عموم النساء الذين لا يسعون للعلاج حتى مع مواجهة مشاكل في الأداء الجنسي ، وبصفة عامة يمكن أن يكون من الصعب تمييز اضطراب الألم الاختراق الحوض التناسلي المستمر مدى الحياة (الأولية) أو المكتسب (الثانوية) .

وعلى الرغم من أن النساء عادة ما يأتي الاهتمام السريري لهم بعد بدء النشاط الجنسي ، والذى غالباً ما تكون هناك علامات سريرية في وقت سابق . وعلى سبيل المثال ، صعوبة مع أو تجنب استخدام سدادات قطنية كمؤشر هام لمشاكل قد تحدث في وقت لاحق .

صعوبات في اختراق المهبل (عدم القدرة أو الخوف أو الألم) : وقد لا يكون واضحا حتى تتم محاولة الجماع الجنسي . ولو لمرة واحدة ، أو مع تواتر المحاولات التى قد لا تكون كبيرة أو عادية . أو في الحالات التي يكون فيها من الصعب تحديد ما إذا كانت تلك الأعراض مستمرة مدى الحياة أو مكتسبة ، ومن المفيد كذلك تحديد وجود أي فترة متسقة ناجحة بدون حدوث الألم ، والخالية من الخوف ، وخالية من توتر الجماع . وإذا كانت مثل هذه التجربة يمكن أن تنشأ ، بعدها يمكن تشخيص - بدقة - اضطراب الألم الاختراق الحوض التناسلي المكتسب .

ويتم تأسيس الأعراض المستمرة جيدا لمدة حوالي (٦ أشهر) مع احتمال وجود أعراض عفوية ، أو تعافى وشفاء من بعض الأعراض التى تظهر في قلة الشكاوى المتعلقة بألم الحوض التناسلي ، والتى تصل ذروتها في وقت مبكر خلال مرحلة البلوغ ، وفي فترة ما بعد سن اليأس . ويظهر النساء شكاوى حول صعوبة الجماع ، والذى يبدو أنه يحدث في المقام الأول قبل انقطاع الطمث ، وقد يكون هناك أيضاً زيادة فى ألم الحوض التناسلي المرتبط بأعراض فترة ما بعد الولادة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : كثيراً ما تم الاستشهاد بالاعتداء الجنسي أو المادي كما ورد فى الدليل التشخيصى الرابع للـDSM-IV فى تعريفه لاضطرابات الألم الجنسي ، وعسر الجماع والتشنج المهبلي .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : تعانى النساء من الألم السطحي أثناء الجماع ، وفي كثير من الأحيان يتم الإبلاغ عن ظهور الألم بعد تاريخ من الالتهابات المهبلية .

وقد يستمر الألم أثناء عملية الإيلاج أو عدم القدرة على الإيلاج قبل أي اتصال جنسي ، وهو عامل خطر لاضطراب ألم اختراق الحوض التناسلي .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافي Culture-Related Diagnostic issues:

التثقيف الجنسي غالباً ما كان يعتبر غير كافياً ، حتى تصبح العوامل المؤهبة ذات صلة ثقافيا للتشخيص فى الدليل الرابع DSM –Iv من التشنج المهبلي ، ومع ذلك ، فإن معظم البحوث المتاحة تدعم هذه الفكرة .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين Gender-Related Diagnostic issues :

بحكم التعريف ، يعطى تشخيص اضطراب ألم اختراق الحوض التناسلي للنساء فقط . وهناك أبحاث جديدة نسبيا بشأن متلازمة آلام الحوض المزمنة للمسالك البولية لدى الرجال ، مما يشير إلى أن الرجال قد يواجهوا بعض المشاكل المماثلة .

أما الآثار الوظيفية لاضطراب اختراق آلام حوض الجهاز التناسلي ، والذى غالباً ما يرتبط بصعوبات وظيفية في الجهاز التناسلي ، يصاحبها اضطراب ألم الاختراق مع التدخل في الجماع .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

حالة طبية أخرى : في كثير من حالات ألم اختراق الحوض التناسلي للنساء ، يتم تشخيص هذا الاضطراب مع حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، الحزاز المتصلب ، التهاب بطانة الرحم ، ومرض التهاب الحوض ، الضمور الفرجي المهبلي) .

وفي بعض الحالات ، يتم بعد علاج الحالة الطبية ، تخفيف اضطراب الألم اختراق الحوض التناسلي ، وهو ليس الحال فى الكثير من الوقت . حيث لا توجد أدوات

موثوقة أو وسائل تشخيص تسماح للأطباء معرفة ما إذا كانت حالة طبية لاضطراب ألم اختراق الحوض التناسلي الأساس .

وفي كثير من الأحيان ، ترتبط الظروف الطبية بصعوبة التشخيص والعلاج ، وعلى سبيل المثال ، زيادة حدوث الألم أثناء الجماع بعد سن اليأس ، وقد يعزى - في بعض الأحيان - إلى جفاف المهبل أو الضمور الفرجي المهبلي المرتبط بانخفاض مستويات هرمون الإستروجين . إلا أن ضمور وجفاف فرجي المهبلي ، الناتج عن نقص هرمون الإستروجين ، والألم المصاحب له ، حتى الآن غير مفهوم بصورة جيدا .

الأعراض الجسدية والاضطرابات ذات الصلة : بعض النساء يعانوا من ألم اختراق الحوض التناسلي ، وقد يكون الاضطراب أيضاً ناتجاً عن تشخيص اضطراب ، مع أعراض جسدية . لأن كلا من الألم التناسلي لاضطراب اختراق الحوض/ المصحوب بالأعراض الجسدية ، وبالاضطرابات ذات الصلة ، هو ما يشير إلى تشخيصات جديدة ، إلا أنها غير واضحة ما إذا كان يمكن أن تكون متباينة بشكل موثوق ، أم لا . وبعض ما تم تشخيصه للنساء المصابات باضطراب ألم اختراق الحوض التناسلي / قد ارتبط مع رهاب محدد .

مثيرات جنسية غير كافية : من المهم للطبيب ، عند النظر في التشخيص التفريقي ، أن يتم تقييم مدى كفاية المثيرات الجنسية ضمن تجربة جماع زوجية سابقة . كما أن الأوضاع الجنسية التي لا يتوفر فيها عدم كفاية من المداعبة أو الإثارة قد تؤدي إلى ألم الاختراق ، أو حتى الإبطال .

كذلك عدم القدرة على الانتصاب أو سرعة القذف عند الزوج ، قد يؤدي إلى صعوبات في الاختراق . وينبغي تقييم هذه الشروط بعناية . وفي بعض الحالات ، قد يتم تشخيص اضطراب الألم الاختراق الحوض التناسلي ، بصورة غير مناسبة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الاعتلال المشترك بين اضطراب ألم الاختراق الحوض التناسلي والصعوبات الجنسية الأخرى ، والتي تتشارك فيها . كما يعد الاعتلال المشترك مع استغاثة العلاقة شائعاً أيضاً . وهو ليس من المستغرب ، نظرا لما يسود في الثقافات الغربية بعدم القدرة على الجماع (الخالي من الألم) ، لأن أعراض قاع الحوض قد تتورط في تشخيص

اضطراب ألم الاختراق الحوض التناسلي ، والذى من المرجح أن يكون أعلى معدل لانتشار الاضطرابات الأخرى المتصلة بقاع الحوض ، أو بنواحى الأجهزة الإنجابية (على سبيل المثال ، التهاب المثانة الخلالي ، والإمساك ، وعدوى المهبل ، التهاب بطانة الرحم ، وتعكر المزاج ، ومتلازمة القولون) .

إضطراب الرغبة الجنسية للذكور الناتجة عن قصور النشاط

Male Hypoactive Sexual Desire Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F52.0) :

A . المثابرة أو النقص متكرر (غائبا) للأفكار الجنسية المثيرة ، أو الأوهام والرغبة في النشاط الجنسي . ويتم الحكم عليها نتيجة التشخيص من قبل الطبيب ، مع الأخذ في الاعتبار العوامل التي تؤثر على الأداء الجنسي ، مثل السن والعوامل الاجتماعية والثقافية التى تتم فى سياقات حياة الفرد .

B . الأعراض في المعيار A لمدة لا تقل عن حوالي ٦ أشهر .

C . الأعراض في المعيار A يسبب ضائقة مهمة إكلينيكيا في الفرد .

D . لم يتم توضيح العجز الجنسي بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي جنسي ، أو في شكل نتيجة للضائقة شديدة أو علاقة بالضغوطات الكبيرة الأخرى ، والتى لا ُتعزى لآثار مادة دوائية ،أو حالة طبية أخرى .

تحديد ما إذا كان :

مدى الحياة : لتلك الاضطرابات الحالية / والسائدة منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً ، أو المكتسبة ؛ أو الاضطرابات التى بدأت بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً .

تحديد ما إذا كان :

عموماً : لا تقتصر على أنواع معينة من التحفيز ، والحالات الأخرى ، أو الأزواج .

العرضية : تحدث فقط مع أنواع معينة من التحفيز ، والحالات الأخرى ، أو الأزواج .

تحديد شدة الحالة :

- خفيف : أدلة الشدة خفيفة على الأعراض في المعيار A
- معتدل : أدلة الشدة المعتدلة أكثر الأعراض في المعيار A
- شديد : أدلة من ضائقة شديدة أو مدقعة على مدى استمرار الأعراض في المعيار A

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

عندما يتم إجراء تقييم للذكور القاصر على اضطراب نشاط الرغبة الجنسية والتشخصية ، والذى يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار فى ذات السياق " تناقض الرغبة " مع انخفاض الرغبة الغائبة عن الجنس ، ويلزم معها فحص الأفكار أو التخيلات لتشخيص هذا الاضطراب ، وقد يكون هناك تباين من الرجل حول كيفية التعبير عن الرغبة الجنسية .

ويجب – عند التشخيص – أن تكون عدم وجود الرغبة لممارسة الجنس غائبة ، مع نقص الأفكار المثيرة أو التخيلات المستمرة أو المتكررة والتى يجب أن لا تحدث لمدة لا تقل عن ما يقرب من (ستة أشهر) . ومن المفترض إدراج هذا المعيار قبل إجراء التشخيص في الحالات التي تنخفض فيه الرغبة الجنسية للرجل ، والتى قد تمثل استجابة تكيفية لسلبية ظروف الحياة (على سبيل المثال ، القلق بشأن عمل الزوج ، وعند الرجل التفكير في متطلبات الأسرة والمنزل) . وفقاً للمعيار الذى يسمح بحكم الطبيب في الحالات التي لا تلبي مدة العرض الموصى بها لمدة (ستة أشهر) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

يرتبط اضطراب الرغبة الجنسية لدى الذكور بقصور النشاط في بعض الأحيان / مع الانتصاب أو قذفي مرتبط بالمخاوف . وعلى سبيل المثال ، الصعوبات المستمرة للحصول على الانتصاب ، والذى قد يؤدي بالرجل إلى فقد الاهتمام بالنشاط الجنسي.

الرجال مع قصور اضطراب نشاط الرغبة الجنسية ، وفي كثير من الأحيان يتم تقديم تقارير أنها لم تعد تهتم ببدء النشاط الجنسي وأنهم يتقبلون الحد الأدنى من محاولة بدء الزوجة .

كما قد تحدث أنشطة جنسية (مثل الاستمناء أو النشاط الجنسي) قد يحدث في بعض الأحيان حتى في وجود الرغبة الجنسية المنخفضة . أما تفضيلات العلاقة المحددة فيجب أن تؤخذ في الاعتبار أنماط من بدء النشاط الجنسي عند اتخاذ قرار تشخيص الذكور القاصر على نشاط اضطراب الرغبة الجنسية .

وعلى الرغم من أن الرجال هم أكثر عرضة لبدء وصف النشاط الجنسي ، وبالتالي القدرة على التعبير عن انخفاض الرغبة من قبل وجود نمط من عدم الشروع فى الممارسة الزوجية ، ويفضل كثير من الرجال أن تبدأ زوجاتهم بدء النشاط الجنسي . وفي مثل هذه الحالات ، ينبغي النظر في عدم تقبل الزوج لبدء هذا النشاط عند تقييم منخفض الرغبة .

بالإضافة إلى الأنواع الفرعية "مدى الحياة والمكتسبة " و"المعمم ، والعرضي " من اضطراب الرغبة الجنسية ، والتى قد تكون ذات صلة بالمسببات أو المعاملة ، وعليه يجب النظر في العوامل الخمسة التالية قبل وخلال عملية التقييم والتشخيص :

١) عوامل الزوج (على سبيل المثال ، مشاكل جنسية الزوج ، الوضع الصحي للزوج) .
٢) عوامل العلاقة الزوجية (على سبيل المثال ، ضعف التواصل والاختلافات في الرغبة في النشاط الجنسي) .
٣) عوامل ضعف الفرد (على سبيل المثال ، وسوء صورة الجسم ، تاريخ الاعتداء الجنسي أو العاطفي) ، الأمراض النفسية ، والاعتلال المشترك (على سبيل المثال ، والاكتئاب ، والقلق) ، أو الضغوطات (على سبيل المثال ، فقدان الوظيفة) .
٤) العوامل الثقافية (على سبيل المثال ، الموانع المتعلقة بحظر النشاط الجنسي ؛ والمواقف تجاه الجنس) .
٥) العوامل الطبية ذات الصلة بالتشخيص ، والعلاج .

كل هذه العوامل يمكن أن تسهم بشكل مختلف ، فى تقديم الأعراض لمختلف الرجال الذين يعانون من هذا الاضطراب .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار لدى الذكور ، قاصر على اضطراب نشاط الرغبة الجنسية ، والتى تختلف تبعا لبلد المنشأ وطريقة التقييم . وذلك لما يقرب من ٦ ٪ من الرجال الأصغر سنا (الذين تتراوح أعمارهم ١٨-٢٤ سنة) و٤١ ٪ من كبار السن من الرجال (الذين تتراوح أعمارهم ٦٦-٧٤ سنة) من الذين لديهم مشاكل مع الرغبة الجنسية . ومع ذلك ، فإن استمرار عدم الاهتمام بالجنس الدائم لمدة (٦ أشهر أو أكثر) قد يؤثر على نسبة صغيرة فقط من الرجال الذين تتراوح أعمارهم ١٦-٤٤ (١,٨ ٪) .

التنمية والدورة Development and Course :

بحكم التعريف السابق يشير انخفاض الرغبة الجنسية إلى مدى قصور نشاط اضطراب الرغبة الجنسية الذكور ، أو انعدام الرغبة الجنسية والتي كانت رغبة حاضرة من قبل ، في حين سيتم تعيين النوع الفرعي المكتسب ، وذلك فى حالة انخفاض الرغبة بعد فترة من الرغبة الجنسية الطبيعية . أو فى حالة استمرار حاجة الرغبة بصورة منخفضة لحوالي (٦ أشهر أو أكثر) وبالتالي فإن التغيرات قصيرة الأجل يجب أن لا يتم معها تشخيص الرغبة الجنسية القاصر على نشاط اضطراب الرغبة الجنسية .

وهناك انخفاض متعلق بالعمر المعياري في الرغبة الجنسية : ويختص كل من النساء والرجال بتحديد مجموعة مسببات متنوعة من الرغبة الجنسية ، والتى تصف مجموعة واسعة من الأسباب التي اختاروها للانخراط في النشاط الجنسي . وعلى الرغم من أن الإشارات البصرية المثيرة قد تكون أكثر فعالية لإثارة الرغبة في الرجال الأصغر سنا ، إلا أن قوة من الدافع الجنسي قد يقل مع التقدم في السن ، والذى يجب أخذها في الاعتبار عند تقييم الرجال مع قصور نشاط اضطراب الرغبة الجنسية .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : تظهر الحالة المخاطر المزاجية ، وأعراض القلق ، والتى قد تكون قوية وتنبئ عن رغبة منخفضة في الرجال . تصل إلى نصف الرجال مع التاريخ الماضي من الأعراض النفسية ، وقد تكون معتدلة أو خسارة فادحة نحو تلك الرغبة ، مقارنة مع ١٥٪ فقط من تلك دون مثل هذا التاريخ النفسى الماضى . كما تتأثر مشاعر الرجل عن نفسه ، وتصوره عن الرغبة الجنسية نحو زوجه بالمشاعر العاطفية ، والمتغيرات السياقية ، والتى قد تؤثر سلباً / أو إيجابا) على الرغبة الجنسية .

المخاطر البيئية : تعاطي الكحول قد تزيد من حدوث الرغبة منخفضة ، المشاكل الشخصية ، والمواقف ، وانعدام التثقيف الجنسي الكافي ، والصدمة الناتجة عن الخبرات المبكرة في الحياة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار في تفسير الرغبة منخفضة . كما ينبغي النظر في العوامل السياقية الاجتماعية والثقافية .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : اضطرابات الغدد الصماء مثل زيادة إفراز البرولاكتين بشكل ملحوظ تؤثر فى الرغبة الجنسية لدى الرجال . أما العمر هو عامل خطر كبير لرغبة المنخفضة لدى الرجال . فمن من غير الواضح ما إذا كان أو لم يكن الرجال الذين يعانون من انخفاض الرغبة لديهم أيضاً مستويات منخفضة غير عادي من هرمون التستوستيرون؛ ومع ذلك ، قد يؤدى قصور الغدد التناسلية لدى الرجال ، إلى تلك الرغبة المنخفضة . وقد يكون هناك أيضاً العتبة الحرجة لهرمون التستوستيرون ، والذى قد يؤثر على الرغبة الجنسية لدى الرجال .

تشخيص القضايا المتصلة بالعادات الثقافية

: Culture-Related Diagnostic issues

يتم وضع علامة توضح تباين معدلات الانتشار للرغبة المنخفضة عبر الثقافات ، بدءا من ١٢,٥ ٪ لدى الرجال الأوروبية الشمالية إلى ٢٨ ٪ في جنوب شرق آسيا الرجال الذين تتراوح أعمارهم ٤٠-٨٠ سنة . كما أن هناك ارتفاع فى معدلات الرغبة المنخفضة بين المجموعات الفرعية فى شرق آسيا من النساء والرجال من الأصول الآسيوي أيضاً مع ارتفاع معدلات الرغبة المنخفضة . أما الشعور بالذنب عن الجنس فقد توسط هذا الارتباط بين العرق / مع الرغبة الجنسية لدى الرجال فى شرق آسيا .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين

: Gender-Related Diagnostic Issues

وعلى النقيض من تصنيف الاضطرابات الجنسية لدى النساء ، فإن اضطرابات الرغبة والشهوة يتم تشخيصها بصورة منفصلة في الرجال . وعلى الرغم من أن هناك بعض أوجه التشابه في تجربة الرغبة في الرجال والنساء ، وحقيقة فإن الرغبة تتقلب مع مرور الوقت وتعتمد على العوامل السياقية ، ولا يحجم الرجال فى الإبلاغ بصورة أعلى بكثير فى التردد على العيادرات بهدف تشخيص اضطراب الرغبة الجنسية مقارنة مع النساء .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الجنسية : والتى تتضح فى مثل : اضطراب الاكتئاب الشديد ، والتي تتميز "بالتضاؤل بشكل ملحوظ فى المتعة في كل شيء ، أو تقريبا جميع الأنشطة" وقد يفسر ذلك بعدم وجود الرغبة الجنسية . إذا كان عدم وجود الرغبة هو أفضل تفسير لاضطراب عقلي آخر ، ثم يتم تشخيص الرغبة الجنسية لدى الذكور القاصر على اضطراب النشاط الجنسى .

استخدام مادة الدواء : استخدام مادة الدواء - منشطات مثلاً - قد يفسر عدم وجود رغبة جنسيية .

حالة طبية أخرى : تغيب الرغبة الجنسية إذا كانت منخفضة ، أو فى حالة ارتباطها بنقص الأفكار المثيرة الغائبة أو الأوهام بصورة أوضح وأفضل من آثار حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، قصور الغدد التناسلية ، داء السكري ، وخلل في الغدة الدرقية ، وأمراض الجهاز العصبي المركزي) ، ثم يتم بعدها عملية تشخيص قصور اضطراب نشاط الرغبة الجنسية لدى الذكور .

العوامل الشخصية : ترتبط العوامل السياقية الشخصية أو الكبيرة ، مثل شدة استغاثة العلاقة أو الضغوطات الكبيرة الأخرى ، جميعها ترتبط مع فقدان الرغبة لدى الرجل ، وبتلك العوامل الشخصية يتم تشخيص قصور اضطراب نشاط الرغبة الجنسية لدى الذكور .

مظاهر الخلل الجنسي الأخرى : لا تستبعد تلك المظاهر وجود خلل وظيفي جنسي ، ويتم تشخيص قصور نشاط اضطراب الرغبة الجنسية لدى الذكور بناءً على بعض الأدلة التى توصلت إلى أن نصف عدد الرجال الذين يعانون من انخفاض الرغبة الجنسية لديهم أيضاً صعوبات فى الانتصاب ، وأقل منهم قليلا قد يكون لديهم أيضاً صعوبات القذف المبكر . وإذا تم شرح التشخيص للرجل ، مع الرغبة المنخفضة ، والتى يمكن تحديدها بوصفها اللاجنسية ، والتى لا يتم فيها تشخيص الذكور القاصر على اضطراب نشاط الرغبة الجنسية .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الاكتئاب وغيره من الاضطرابات النفسية ، وكذلك عوامل الغدد الصماء المرضية ، والذى كثيراً ما يكون قاصراً على اضطراب نشاط الرغبة الجنسية لدى الذكور .

سرعة القذف Premature (Early) Ejaculation :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F52.4) :

A. نمط مستمر أو متكرر من القذف الذي يحدث أثناء ممارسة النشاط الجنسي في غضون حوالي (دقيقة واحدة) من اختراق المهبل ولا يود الفرد ذلك .

ملاحظة : على الرغم من أن التشخيص السابق لأوانه فإن القذف (المبكر) يمكن تطبيقه على الأزواج ، وفقاً لمعايير محددة .

B . الأعراض في هذا المعيار يجب أن تكون حاضرة لمدة (٦ أشهر على الأقل) ويجب أن تكون قد شهدت كل أو تقريبا كل (ما يقرب من ٧٥ - ١٠٠ ٪) كما يتحدد بمناسبات النشاط الجنسي (في السياقات العرضية التي تم تحديدها ، أو المعممة ، في جميع السياقات) .

C . الأعراض في المعيار A يسبب ضائقة إكلينيكية هامة في الفرد .

D . لم يتم توضيح العجز الجنسي بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي جنسي ، أو في شكل نتيجة للضائقة الشديدة أو فى علاقتها بالضغوطات الكبيرة الأخرى ، ولا تعزى لآثار مادة ناتجة عن الأدوية ، أو لحالة طبية أخرى .

تحديد ما إذا كان : -

- مدى الحياة : وتشير إلى استمرار الاضطرابات الحالية منذ أن أصبح الفرد نشطاً جنسياً .
- المكتسبة : تبدأ الاضطرابات بعد فترة من الوظيفة الجنسية الطبيعية نسبياً .

تحديد ما إذا كان :

- معمم : لا يقتصر على أنواع معينة من التحفيز ، والحالات الأخرى للأزواج .
- العرضية : تحدث فقط مع أنواع معينة من التحفيز ، والحالات الأخرى للأزواج .

تحديد شدة الحالي : -

- خفيف : القذف الذي يحدث في إطار ما يقرب من ٣٠ ثانية إلى دقيقة واحدة من اختراق المهبل .
- المعتدل : يحدث القذف في حوالي ١٥-٣٠ ثانية من اختراق المهبل .

- شديد : يحدث القذف قبل ممارسة النشاط الجنسي ، أو في بداية النشاط الجنسي ، أو في غضون حوالي ١٥ ثانية من اختراق المهبل .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تتجلى سرعة القذف (المبكر) من خلال ما يحدث قبل أو بعد فترة وجيزة من اختراق المهبل ، ويتم تفعيله ، من خلال تقدير فترة كمون الفرد القذفي (أي الوقت المنقضي قبل القذف) بعد اختراق المهبل .

ويقدر قياس الاختفاء القذفي المهبلى طالما كانت مرحلة الكمون القذفي تستمر لمدة قصيرة ، وبالتالي ، فإن التقديرات المبلغ عنها ذاتيا من الكمون غير كافية لهذا التشخيص ، فى مدة (60 ثانية) من الوقت القذفي المهبلى للكمون والمناسب لعملية التشخيص من سرعة القذف (المبكر) لدى الرجال العاديين .

وهناك بيانات كافية لتحديد ما إذا كان مدة هذا المعيار يمكن تطبيقها على سرعة القذف المبكر المكتسب . وقد ينطبق تعريف المدد الزمنية للذكور منذ ظهور الاختفاء القذفي ، والذى قد يكون مماثلاً مع التوجهات الجنسية المختلفة لدى الرجال ، أو عبر الأنشطة الجنسية المختلفة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

يشكو العديد من الذكور من سرعة القذف (المبكر) من الشعور بعدم السيطرة على القذف ، مع تقرير تخوف حول عدم القدرة المتوقعة لتأخير القذف ، فى اللقاءات الجنسية في المستقبل ، وقد تكون العوامل التالية ذات صلة في تقييم أي عجز جنسي : -

١. عوامل زوج (على سبيل المثال ، مشاكل جنسية للزوج ، الوضع الصحي للزوج)
٢. عوامل العلاقة (على سبيل المثال ، سوء تناقضات في الرغبة في النشاط الجنسي)
٣. عوامل الضعف للفرد (على سبيل المثال ، سوء صورة الجسم ، تاريخ الاعتداء الجنسي أو العاطفي) ، والأمراض النفسية الاعتلال المشترك (على

سبيل المثال ، الاضطراب ، والقلق) ، والضغوطات (على سبيل المثال ، فقدان الوظيفة ، والفجيعة) .

٤. العوامل الثقافية (على سبيل المثال ، الموانع المتعلقة بالزواج ؛ المواقف نحو النشاط الجنسي)

٥. العوامل الطبية ذات الصلة بالتشخيص ، أو العلاج .

معدل الانتشار Prevalence :

تقديرات معدل الانتشار السابقة لأوانها (المبكرة) مثل سرعة القذف ، والتي تختلف على نطاق واسع مع التعريف المستخدم دوليا ، وأكثر من ٢٠ -٣٠ ٪ من الرجال الذين تتراوح أعمارهم ١٨-٧٠ سنة قرروا القلق حول سرعة القذف . أما التعريف الجديد من سرعة القذف المبكر (أي القذف التي يحدث بعد حوالي دقيقة واحدة من اختراق المهبل) ، ولا يتم تشخيص إلا مع (١- ٣ ٪) من الرجال المصابين بهذا الاضطراب ، كما أن معدل الانتشار (المبكر) سابق لأوانه ، وقد تزيد مدة القذف مع تقدم العمر .

التنمية والدورة Deveiopment and Course :

بحكم التعريف السابق ، تبدأ سرعة القذف (المبكر) خلال بداية - مرحلة الزواج - الأولى للذكر ، وقد تستمر بعد ذلك . وقد يواجه بعض الرجال مشاكل سرعة القذف (المبكر) خلال اللقاءات - الزوجية - الجنسية الأولى ، إلا أن السيطرة على القذف يتم على مر الزمن .

أما استمرار مشاكل القذف لفترة أطول (من ٦ أشهر) فهو الذي يحدد تشخيص سابق لأوان القذف (المبكر) . وفي المقابل ، فإن بعض الرجال قد يطوروا هذا الاضطراب / بعد فترة من وجود كمون قذفي عادي ، والمعروف باسم القذف السابق لأوانه (المبكر المكتسب) . وهنالك أقل بكثير مما هو معروف عن القذف السابق لأوانه (المبكر المكتسب) والسائد مدى الحياة ، ومن المرجح أن تكون له بداية في وقت لاحق ، وعادة ما يظهر أثناء أو بعد العقد الرابع من العمر . أما مصطلح مدى الحياة فتشير إلى القذف المستقر نسبيا طوال الحياة .

ولا يعرف الكثير عن مسار القذف المكتسب السابق لأوانه (القذف المبكر) . وقد تعكس الظروف الطبية أسباباً مثل فرط نشاط الغدة الدرقية ، والتهاب البروستات ، والتى ينبغى علاجها لاستعادة الإختفاء القذفي إلى القيم الأساسية له .

كما أن سرعة (القذف المبكر) المستمر مدى الحياة ، فتبدأ مع بداية مرحلة الزواج ، وقد تستمرت طوال حياة الفرد لدى حوالي (٢٠ ٪ من الرجال) الذين يعانون من سرعة (القذف المبكر) ، والذى قد يختفى أيضاً مع التقدم في السن ، ويرتبط العمر وطول العلاقة سلباً مع معدل انتشار (القذف المبكر) السابق لأوانه .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : قد تكون سرعة (القذف المبكر) أكثر شيوعاً في الرجال الذين يعانون من اضطرابات القلق ، خاصة اضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : هناك مساهمة وراثية إلى معتدلة - مدى الحياة - مع القذف المبكر والذى قد يترافق مع الدوبامين ، ومع تعدد الأشكال الجينية الناقلة للسيروتونين . والتى ترتبط بأمراض الغدة الدرقية ، التهاب البروستات ، والانسحاب من المخدرات/ وذلك مع القذف المبكر المكتسب السابق لأوانه (المبكر) . وقد أظهرت تدابير " انبعاثات بوزيترون " بالرسم السطحي ، عن تدفق الدم في الدماغ خلال القذف ، بما في ذلك المنطقة الغشائية البطنية .

تشخيص قضايا ذات صلة ثقافية Cuiture-Related Diagnostic issues :

تصور شكل الكمون القذفي الطبيعي يختلف في العديد من الثقافات . فقد يختلف الاختفاء القذفي المقاس في بعض البلدان . ويمكن تفسير هذه الاختلافات بفعل عوامل دينية أو ثقافية ، فضلا عن الاختلافات الوراثية بين السكان .

تشخيص قضايا ذات الصلة بين الجنسين
Gender-Reiated Diagnostic Issues :

تُشير سرعة القذف إلى اضطراب جنسي عند الذكور : وقد يختلف الأزواج من الجنسين في تصورهم لما يشكل الكمون القذفي المقبول ، وهنا يمكن زيادة المخاوف عن القذف المبكر لدى الزوج .

التشخيص التفاضلى :

عادة ما يتم رصد الكمون القذفي في إعدادات البحث الجنسي ، من قبل الزوج باستخدام جهاز توقيت (على سبيل المثال ، ساعة توقيت) ، رغم أن هذا ليس وضعا مثالياً في الحالات الجنسية في واقع الحياة ، ومع الجماع المهبلي ، يتم قياس الوقت بين الاختراق مهبلى وسرعة القذف .

وثمة نمط من السرعة قد تترافق مع انخفاض القذف واحترام الذات ، والشعور بعدم وجود رقابة ، أما الآثار السلبية للعلاقات الزوجية . فإنها قد تسبب أيضاً الضيق الشخصي للزوج ، مع انخفاض الإشباع الجنسي للزوجة ، وقد يحدث القذف قبل الاختراق ، والذى قد يترافق مع صعوبات في الحمل .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

مادة العجز الجنسي التي يسببها الدواء : عندما تحدث مشاكل مع القذف المبكر السابق لأوانه ، ومن المقرر أن يحدث حصرا مع تعاطي المخدرات ، أو التسمم ، أو الانسحاب من مادة ، قد تُشخص بالعجز الجنسي التي يسببها الدواء . ولا تلبي مخاوف القذف معايير التشخيص .

ومن الضروري تحديد الاختفاء القذفي العادي لدى الذكور الذين لديهم أعراض سابقة للقذف المبكر السابق لأوانه (على سبيل المثال ، خلال أول لقاء جنسي مع الزوجة ، قد يكون الكمون القذفي قصير بصورة مشتركة أو معيارية) . ومن شأن هذه الحالات ألا تؤدى إلى تشخيص القذف (المبكر) السابق لأوانه ، وذلك على الرغم من حدوث هذه الحالات المؤلمة لبعض الذكور .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

قد يترافق القذف المبكر مع من يعانون من مشاكل في الانتصاب : وفي كثير من الحالات ، قد يكون من الصعب تحديد أي صعوبة سبقت غيرها . وذلك على مدى الحياة المبكرة ، والتى قد يترافق فيها القذف مع بعض اضطرابات القلق . كما قد ترتبط سرعة القذف (المبكر) المكتسب مع التهاب البروستاتا ، وأمراض الغدة الدرقية ، أو انسحاب المخدرات (على سبيل المثال ، أثناء الانسحاب الأفيوني) . أو نتيجة تناول مادة أدوية مستحثة .

إضطراب الضعف الجنسي Sexual Dysfunction :

معايير التشخيص :

هى فى الغالب تتم وفقاً للمعيار (A) وذلك بالنسبة للاضطراب الإكلينيكي الهام للوظيفة الجنسية في الصورة السريرية .

B . توجد أدلة من تاريخ الحالة المرضية ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية على حد سواء (١) و(٢) : -

١. أما الأعراض في المعيار A فتشير بتطور التسمم بمادة أو الانسحاب أثناء / أو بعد وقت قصيرمن التعرض للدواء ، كما أن جوهر مشاركة الدواء قادر على إنتاج تلك الأعراض .

C . لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال العجز الجنسي غير الجوهرى التي يسببها الدواء ، وتدل هذه الأدلة على وجود الخلل الوظيفي الجنسي المستقل يمكن أن تشمل ما يلي : -

وتسبق الأعراض بداية تعاطي المخدرات ، والأدوية ، وقد تستمر الأعراض لفترة طويلة من الوقت (على سبيل المثال ، حوالي شهر واحد) بعد توقف / أو الإنسحاب الحاد أو التسمم الحاد ، وهناك أدلة أخرى تشير إلى أن جود العجز الجنسي المستقل (على سبيل المثال ، تاريخ من النوبات المتكررة) .

D . لا تحدث الاضطراب حصرا أثناء دورة من الانفعال ، كما قد يسبب الاضطراب ضائقة إكلينيكية مهمة لدى الفرد .

ملاحظة : هذا التشخيص ينبغي الأخذ به / بدلا من تشخيص التسمم أو الانسحاب من مادة ، فقط عندما تكون الأعراض في المعيار تسود فى المعيار (A) في صورة سريرية شديدة بما فيه الكفاية لتبرير هذا الاهتمام السريري .

ملاحظة الترميز : إن ICD-9-CM ورموز ICD-10-CM لـ [مادة محددة الدواء] - يشار إلى الخلل الجنسي التي تسببه مادة الدواء . ويلاحظ أن ICD-10-CM الكود يعتمد على (ما إذا كان / أو لم يكن) هناك حالة مرضية .

اضطراب تعاطي المخدرات حاضرة للنفس الفئة من المواد المخدرة : إذا كان المستوى المعتدل لاضطراب تعاطي المخدرات المرضي المصحوب بالعجز الجنسي ،

وينبغي أن يسجل الطبيب مستوى " [مادة خفيفة] واستخدام مصطلح الفوضى " قبل ظهور الخلل الناجم عن مادة جنسية (على سبيل المثال ، " اضطراب خفيف" نتيجة تعاطي الكوكايين مع العجز الجنسي الذى يسببه الكوكايين) . وإذا كان الاضطراب معتدل أو شديد أو مرضي ، والمترافق مع اضطراب تعاطي المخدرات مع العجز الجنسي الناجم عن المخدرات ، ويجب تسجيل الطبيب " المعتدلة [المادة] استخدام الاضطراب " أو " استخدام [الجوهر] الاضطراب الشديد " إعتمادا على شدة استخدام المضمون المرضي ، المسبب للفوضى . إذا لم يكن هناك اضطراب تعاطي المخدرات المرضية (على سبيل المثال ، بعد لمرة واحدة ثقيلة استخدام المادة) ، ثم الحرف الموقف هو ٤ " ٩ ، " ويجب أن يسجل الطبيب فقط العجز الجنسي الناجم عن المخدرات : -

▪ الكحول	F10.181 F10.281 F10.981
▪ الأفيونية	F11.181 F11.281 F11.981
▪ مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق	F13.181 FI 3.281 3.981 FI
▪ الأمفيتامين (أو غيرها منبه)	F15.181 FI 5.281 5.981 FI
▪ الكوكايين	F14.181 FI 4.281 4.981 FI
▪ أخرى (أو غير معروف المادة)	F19.181 FI 9.281 9.981 FI

التشخيص المرتبط بطبقة المادة المستخدمة :

- مع بداية أثناء التسمم : إذا تم استيفاء معايير التسمم مع جوهر وأعراض التسمم .
- مع بداية وأثناء التقهقر : إذا تم استيفاء معايير للانسحاب من مادة خلال تطوير الأعراض ، أو بعد فترة وجيزة من الانسحاب .
- مع بداية بعد استخدام الدواء : قد تظهر أعراض إما في بدء الدواء أو بعد التعديل أو التغيير في الاستخدام .

تحديد شدة الحالة :

- ✓ خفيف : يحدث في ٢٥-٥٠ ٪ من مرات النشاط الجنسي .
- ✓ معتدل : يحدث في ٥٠-٧٥ ٪ من مرات النشاط الجنسي .
- ✓ شديد : يحدث على ٧٥ ٪ أو أكثر من مرات النشاط الجنسي .

إجراءات التسجيل Recording Procedures :

ICD-9-CM . يبدأ العجز الجنسي مع اسم المادة التي يسببها الدواء مع مادة معينة (على سبيل المثال ، الكحول ، فلوكستين) التي يفترض أن تكون السبب في حدوث العجز الجنسي . ويتم تحديد رمز التشخيص من جدول مجموعة المعايير ، والتي تقوم على طبقة ونسب المخدرات المستخدمة .

وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال ، فلوكستين) ، فيجب استخدام رمز "مادة أخرى" وفي الحالات التي يتم الحكم فيها على مادة لتكون عاملاً مسببا لكل فئة معينة من مادة غير معروفة ، أو من فئة مادة مجهولة ينبغي استخدامها .

ويتبع اسم الاضطراب مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال مرحلة التسمم ، أو البدء بها ، أو أثناء الإنسحاب ، أو ظهورها بعد استخدام الدواء) ، تليها الشدة المحددة (على سبيل المثال ، خفيف ، معتدل ، شديد) . وخلافاً لإجراءات التسجيل ل 10- CM-ICD ، التي تجمع بين الفوضى والاضطراب مع استخدام مادة ناجمة عن مادة في رمز واحد وفقا لدليل الأمراض التاسع الصادر عن منظمة الصحة العالمية -ICD (9-CM) والذى يعطى معه رمز تشخيص منفصل لاضطراب تعاطي المخدرات .

على سبيل المثال ، في حالة عدم القدرة على الانتصاب الذى يحدث أثناء التسمم مع رجل / يعانى من اضطراب تعاطي الكحول :

الشديد وتشخيصه هو عجز جنسي نتيجة للمادة التي يسببها الكحول مع بداية / أو أثناء التسمم .

تشخيص إضافي شديد نتيجة اضطراب تعاطي الكحول : وذلك عندما يتم الحكم على مضمون واحد أو أكثر للعب دوراً كبيراً في تطور العجز الجنسي ، ويجب أن يتم سرد كل حالة على حدة (على سبيل المثال ، العجز الجنسي مع بداية / أو أثناء التسمم الناجم عن استخدام الكوكايين المعتدل ؛ تأثير الفلوكستين الذى يسبب العجز الجنسي ، مع ظهور/ أو بعد استخدام الدواء) .

ICD-10-CM . يبدأ اسم العجز الجنسي مع المادة التي يسببها الدواء مع مادة معينة (على سبيل المثال ، الكحول ، فلوكستين) والتي يفترض أن تكون السبب في حدوث العجز الجنسي .

ويتم تحديد رمز التشخيص من الجدول المدرج في مجموعة المعايير ، والتي تقوم على طبقة المخدرات مع وجود / أو عدم وجود اضطراب تعاطي المخدرات المرضية . وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال ، فلوكستين) ، فينبغي أن تستخدم رمز لمادة أخرى ، وفي الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة لتكون العامل المسبب ، ولكن لفئة معينة من مادة غير معروفة ، وفئة " مادة مجهولة " من التى ينبغي استخدامها .

عند تسجيل اسم اضطراب تعاطي المخدرات (إن وجدت) يتم سرد أولا ، تليها كلمة " مع " يليه اسم بفعل مادة العجز الجنسي ، تليها مواصفات ظهوره (أي ظهوره خلال مرحلة التسمم ، والبدء به أثناء الانسحاب ، مع ظهور جملة : بعد استخدام الدواء) ، تليها محدد الشدة (على سبيل المثال ، خفيف ، معتدل ، شديد) .

وعلى سبيل المثال ، في حالة عدم القدرة على الانتصاب الذى يحدث خلال التسمم في رجل يعانى من اضطراب تعاطي الكحول الشديد ، ويشخص F10.281 باضطراب تعاطي الكحول المعتدل مع العجز الجنسي الذى يسببه الكحول ، مع بداية / أو خلال مرحلة التسمم .

معتدلة : ويشير إلى تشخيص منفصل من تعاطي الكحول المرضي الشديد / ولا يُسمى هنا باضطراب . وفي حالة حدوث العجز الجنسي الناجم عن مادة غير المرضية ، من اضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال ، بعد لمرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، أي المرافقة لاضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال ، الناجم عن المنشطات F15.981 الجنسية ، والاختلال الوظيفي ، مع بداية / أو أثناء التسمم) . وعندما يتم الحكم على مضمون واحد أو أكثر من العوامل التى تلعب دورا هاما في تطور العجز الجنسي ، والتي يجب أن يتم بسرد كل منهم بشكل منفصل (على سبيل المثال ، F14.181 اضطراب خفيف / مع تعاطي الكوكايين ، والمترافق مع العجز الجنسي الذى يسببه الكوكايين ، أو مع بداية / أو أثناء التسمم) .

العجز الجنسي المعتدل؛ F19.981 الناجم عن استخدام عقار فلوكستين ، مع بداية / أو بعد استخدام الدواء ، بصورة معتدلة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الرئيسة لهذا الاضطراب ، يتمثل في الوظيفة الجنسية المرتبطة بالبعد الزماني والمترافق مع بدء تأثير مادة الدواء ، وزيادة الجرعة ، أو التوقف عن مادة الدواء .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

يمكن أن يحدث الخلل الجنسي بالتعاون مع التسمم مع فئات من المواد التالية : الكحول؛ الأفيونيات؛ المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق ؛ والمنشطات (بما في ذلك الكوكايين) ؛ وغيرها من المواد (غير المعروفة) .

ويمكن أن يحدث الخلل الجنسي مع الانسحاب من الفئات التالية من المواد : الكحول ؛ الأفيونيات ؛ المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق ، وغيرها من المواد (غير المعروفة) . أما الأدوية التي يمكن أن تحدث الخلل الجنسي ، فتشمل مضادات الاكتئاب ، ومضادات الذهان ، ووسائل منع الحمل الهرمونية .

أما الآثار الجانبية الأكثر شيوعاً من العقاقير المضادة للاكتئاب ، فتتمثل فى صعوبة مع النشوة أو القذف . كما أن المشاكل مع الرغبة والانتصاب هي أقل تواترا ، وذلك ما يقرب من ٣٠ ٪ من الشكاوى الجنسية الإكلينيكية الهامة ، أو مع استخدام أدوية مثل البوبروبيون وميرتازابين ، والتى لا يبدو أن تترافق مع آثار جنسية جانبية .

المشاكل الجنسية المرتبطة بالعقاقير المضادة للذهان . بما في ذلك مشاكل مع الرغبة الجنسية والانتصاب ، والقذف ، أو النشوة الجنسية ، ومع ذلك فإن تلك المشاكل هي أقل شيوعاً مع مضادات الذهان التي تسبب ارتفاع كبير فى نسب البرولاكتين .

وعلى الرغم من أن مثبتات المزاج تؤثرعلى الوظيفة الجنسية غير الواضحة ، إلا أنه من الممكن أن يشكل الليثيوم ومضادات الاختلاج ، تأثيراً سلبياً على الرغبة الجنسية . وقد تحدث مشاكل مع النشوة باستخدام جابابنتين ، وبالمثل ، أما معدل انتشار الانتصاب ومشاكل النشوة الجنسية ، فقد يرتبط بالبنزوديازيبينات .[1]

---

(١) البنزوديازيبينات benzodiazepines وتختصر BZD وهي فئة من الأدوية نفسانيّة المفعول تركيبتها الكيميائية الأساسية عبارة عن اندماج حلقة مركب بنزين مع حلقة مركب دِيَـزَبِين .تم اكتشاف أول مشتقّ للبنزديزبين - المسمى كْلَوْرْدِيَزَبُكْسِيْد (أو لِبْرِيُم) - عن طريق الصدفة التي صادفت الكيميائي الكرواتي والأمَريكي لَيُ سْتَرْنْباك في عام ١٩٥٥.

كما لا توجد تقارير مع استخدام بوسبيرون ، إلا أن العديد من الأدوية غير النفسية ، مثل أدوية : القلب والأوعية الدموية ، الجهاز الهضمي ، والهرمونية ، ترتبط جميعها مع اضطرابات في الوظيفة الجنسية ، وقد ترتبط كذلك مع انخفاض الرغبة الجنسية ، وضعف الانتصاب ، وصعوبة الوصول إلى النشوة الجنسية .

كما ينظر إلى الخلل الجنسي أيضاً في الأفراد الذين يحصلون على " الميثادون " ، وكما سبق فإن تعاطي الكحول المزمن والمرتبط بتعاطي النيكوتين يعانون من مشاكل في الانتصاب .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار وحدوث مادة العجز الجنسي التي يسببها الدواء غير واضحة ، ومن المحتمل أن يسبب عدم الإبلاغ عن المعالجة ، إلى ظهور آثار جانبية جنسية . وتتعلق البيانات عن مادة العجز الجنسي التي يسببها الدواء - عادة - بآثار العقاقير المضادة للاكتئاب .

أما معدل انتشار العجز الجنسي الذى تسببه أدوية مضادات الاكتئاب ، فيصل إلى ما يقرب من ٢٥-٨٠ ٪ من الأفراد باتخاذ مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين ، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات ، ومضادات الاكتئاب وهرمون السيروتونين ، جنبا إلى جنب مضادات الاكتئاب ، وهناك اختلافات في حدوث آثار جانبية جنسية بين بعض من تعاملوا مع هرمون السيروتونين جنبا إلى جنب مع هرمون السيروتونين ، ومع مضادات الاكتئاب ، وذلك على الرغم من أنه من غير الواضح ما إذا كانت هذه الاختلافات تمثل قيمة إكلينيكية هامة ، أم لا ؟

وقد أظهر حوالي ٥٠ ٪ من الأفراد عند تناولهم الأدوية المضادة للذهان / مع تجربة الآثار الجانبية الجنسية السلبية ، بما في ذلك مشاكل مع الرغبة الجنسية والانتصاب ، والقذف ، أو النشوة .

أما حدوث هذه الآثار الجانبية بين مختلف مضادات الذهان فهو يصنف بغير الواضح . كما أن معدل الانتشار الدقيق لحالات الخلل الجنسي بين مستخدمي تلك الأدوية مثل القلب والأوعية الدموية ، والجهاز الهضمي ، فهو غير معروف .

وقد تم الإبلاغ عن معدلات مرتفعة من العجز الجنسي مع الميثادون أو جرعة عالية من المخدرات الأفيونية المضادة للألم . وهناك زيادة فى انخفاض معدلات الرغبة الجنسية ، والانتصاب ، والاختلال الوظيفي ، وصعوبة الوصول إلى النشوة الجنسية المرتبطة بتعاطي المخدرات غير المشروعة .

ويبدو أن معدل انتشار المشاكل الجنسية ذات الصلة لتعاطي المخدرات المزمن والذى يظهر بصورة أعلى في الأفراد الذين يسيئون استخدام الهيروين (حوالي ٦٠-٧٠٪) من الأفراد الذين يسيئون الأمفيتامينات أو ٣ ، ٤- ميثيلين (أي النشوة) .

وتعتبر معدلات العجز الجنسي مرتفعة أيضاً في الأفراد الذين يحصلون على الميثادون ولكن نادرا ما ذُكر من قبل المرضى الذين يتلقون البوبرينورفين ، أو مع تعاطي الكحول المزمن والمرتبط بتعاطي النيكوتين إلى وصولهم لمعدلات أعلى من مشاكل في الانتصاب .

التنمية والدورة Development and Course :

بداية العجز الجنسي مع استخدام مضادات الاكتئاب التي قد تبدأ في وقت مبكر بعد (٨ أيام) من تناولها . كما أن حوالي ٣٠٪ من الأفراد الذين يعانون من تأخير النشوة الجنسية خفيف إلى معتدل ، سوف يشهدوا تعافى وشفاء عفوي من هذا الاختلال الوظيفي في غضون ٦ أشهر .

وفي بعض الحالات ، فإن امتصاص السيروتونين ، قد يسبب العجز الجنسي الناجم عن استمراره بعد أن يتم التوقف عنه . أما وقت ظهور العجز الجنسي بعد بدء استخدام مضادات الذهان ، أو تعاطي المخدرات فهوغير معروف . ومن المحتمل أن الآثار السلبية للكحول والنيكوتين، ربما لا تظهر حتى بعد سنوات من الاستخدام . كما قد تحدث سرعة القذف أحيانا بعد الإقلاع عن تعاطي المواد الأفيونية . وهناك بعض الأدلة على أن الاضطرابات في الوظيفة الجنسية ، قد تتعلق بزيادة تعاطي المخدرات الأدوية ، وذلك مع تقدم العمر .

تشخيص القضايا ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic Issues :

وقد يكون هناك تفاعل بين العوامل الثقافية ، وتأثير الأدوية على عمل الجنسية ، واستجابة الفرد لهذه التغييرات .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين

: Gender-Related Diagnostic Issues

قد توجد بعض الاختلافات بين الجنسين في الآثار الجانبية الجنسية . مادة الناتج عن الأدوية الضعف الجنسي العجز الجنسي التي يسببها الدواء قد يؤدي إلى عدم الالتزام الدواء .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الخلل الجنسي الناتج من العديد من الظروف النفسية : مثل الاكتئاب ثنائى القطبين ، والقلق ، والاضطرابات النفسية ، والتى ترتبط مع الاضطرابات الوظيفية الجنسية . وبالتالي ، فإن التفريق بين مادة العجز الجنسي التي يسببها الدواء كمظهر من مظاهر الاضطراب العقلي الكامن ، والتى يمكن أن تكون صعبة للغاية . وعادة ما يتم التشخيص إذا نشأت علاقة وثيقة بين مادة بدء / وبين الدواء أو رصد توقفه .

ويمكن تأسيس تشخيص واضح بما إذا كانت المشكلة تحدث بعد مادة بدء الدواء ، أو مع مادة وقف الدواء ، والتى تتكرر مع إدخال نفس الأعراض التى تسببها مادة الدواء الأكثر إحداثاً للآثار الجانبية بعد فترة وجيزة من بدء أو التوقف عن تناوله . أما الآثار الجانبية الجنسية التي تحدث فقط بعد الاستعمال المزمن لمادة الدواء فقد يكون من الصعب للغاية تشخيصه مع اليقين التام .

الضعف الجنسي الآخر المحدد (F52.8) : ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة من العجز الجنسي، الناتج عن استغاثة إكلينيكية فردية ، سائدة وكبيرة ، ولكن لا تلبي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات الخلل الجنسي الذى يستوفى التشخيص .

وتستخدم فئة العجز الجنسي الأخرى المحدد في الحالات التى يختار فيها الطبيب يختار أن لا تكون بسبب محدد لعرض لا يلبي معايير عن أي عجز الجنسي محدد . ويتم ذلك من خلال آلات التسجيل " الأخرى المحددة للضعف الجنسي " والمتبوعة بسبب محدد (على سبيل المثال ، " النفور الجنسي ") .

الضعف الجنسي غير المحدد (F52.9) : وينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة من العجز الجنسي بسبب استغاثة فردية إكلينيكية كبيرة ، ولكن لا يلبي المعايير

الكاملة لأي من اضطرابات الخلل الجنسي من درجة التشخيص ، والذى يستخدم فئة العجز الجنسي غير المحدد في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب الذي لم يستوف معايير العجز الجنسي المحدد ، ويجب أن تشمل الأعراض معلومات كافية لجعل التشخيص أكثر تحديدا .

وعادة ما يحدث ذلك عند الولادة ، وفقاً " لنوع الجنس بعد الولادة . " والذى يشير إلى الفروق الشاذة بين الجنسين ، وفقاً للسمات الجسدية أو السلوكيات غير النموذجية (بالمعنى الإحصائي) من الأفراد مع نفس الجنس ، في مجتمع معين وفى حقبة تاريخية .

ويدل تغيير الجنس على المسؤولية (القانونية) من تغيير نوع الجنس ، وتشير الهوية الجنسية إلى تحديد الفرد ما يكون من الذكور/ أو الإناث .

ويعد اضطراب الهوية الجنسية بمثابة تعبير وصفي عام يشير إلى النواحى الوجدانية للفرد ، والذى يعرف بالسخط المعرفي مع تعيين نوعية الجنس ، وبشكل أكثر تحديدا عند استخدامها كفئة تشخيصية .

ويشير المتحولين إلى طيف واسع عابر من بعض الأفراد ، وفي كثير من الحالات يشمل بعض الانتقال الجسدي - عبر نوع الجنس - بالعلاج الهرموني وجراحة الأعضاء التناسلية (جراحة تغيير الجنس) .

ويشير اضطراب الهوية الجنسية إلى المعاناة التي قد تصاحب التناقض بين واحد بين الجنسين ، وإن لم يكن جميع الأفراد سوف يعانون من الضيق نتيجة لمثل هذه التناقض ، ويشعر العديد منهم بالأسى إذا كانت هذه التدخلات المادية مطلوبة عن طريق الهرمونات أو بالأساليب جراحية .

ويركز وصف اضطراب الهوية بين الجنسين DSM-IV فى الدليل السابق (4) يركز على الانزعاج باعتباره مشكلة سريرية ، وليس ما يتصل بالهوية في حد ذاتها .

إضطراب الهوية الجنسية Gender Dysphoria :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

اضطراب الهوية الجنسية في الأطفال

(F64.2) Gender Dysphoria in Children :

A. يلاحظ التناقض بين ذوي الخبرة لما شوهد بين أحد الجنسين ، فى تعيين نوع الجنس (لمدة ستة أشهر) على الأقل وذلك من خلال ستة على الأقل من العناصر التالية (واحدة منها يجب أن تكون المعيار A) : -

١. رغبة قوية في أن يكون من الجنس الآخر أو الإصرار على واحد من الجنس الآخر (أو بعض البديل الجنسى المختلف) .

٢. في الأولاد (تعيين الجنسين) وتفضيل قوي لخلع الملابس أو عبر محاكاة ملابس الإناث : أو في الفتيات (تعيين الجنسين) ، وتفضيل قوي لارتداء ملابس مذكرة فقط ، ومقاومة قوية لارتداء الملابس المؤنثة النموذجية .

٣. وجود تفضيل قوي للأدوار المشتركة بين الجنسين في تكوين نمط اللعب أو اللعب الخيالي .

٤. تفضيل قوي للعب ، والألعاب ، أو الأنشطة النمطية ، أو التى تستخدم يُشار إليها من قبل الجنس الآخر .

٥. وجود تفضيل قوي للرفاق من الجنس الآخر .

٦. في الأولاد (تعيين الجنسين) ، يتبدى رفضاً قوياً من اللعب المذكر عادة ، أو مع الألعاب ، والأنشطة وتجنب قوي من اللعب الخشن ، أما في الفتيات (تعيين بين الجنسين) فيظهرن رفضاً قوياً من اللعب المؤنث عادة ، وتجنب الألعاب ، والأنشطة الخاصة بالإناث .

٧. عدم إعجاب قوي بالتشريح الجنسي الواحد .

٨. رغبة قوية نحو خصائص الجنس الابتدائي أو الثانوي التي تطابق واحد بين الجنسين من ذوي الخبرة .

B . يرتبط مع حالة الضيق الإكلينيكية الهامة أو ضعف في المجالات الاجتماعية ، أو مجالات الأدء المدرسي الهامة الأخرى .

تحديد ما إذا كان : مترافق مع اضطراب النمو الجنسى (على سبيل المثال ، وهو اضطراب خلقي مثل الكظرية التناسلية كما [E25.0] فى تضخم الغدة الكظرية الخلقي [E34.50] بسبب متلازمة الحساسية للأندروجين) . ملاحظة الترميز : رمز اضطراب التنمية الجنسية ، وكذلك اضطراب الهوية الجنسية .

اضطراب الهوية الجنسية لدى المراهقين والكبار
(F64.1) Gender Dysphoria in Adolescents and Adults :

A. يلاحظ التناقض بين ذوي الخبرة فى أعراب الجنسين أو أحدهما ياضطراب الهوية الجنسية ، لمدة (٦ أشهر) على الأقل ، كما يتجلى من قبل اثنين على الأقل مما يلي : -

١. التناقض الواضح بين ذوي الخبرة ، أو فى إعراب أحد من الجنسين بظهور الخصائص الجنسية الثانوية (في المراهقين ، والمتوقع ظهور الخصائص الجنسية الثانوية لديهم) .

٢. رغبة قوية للتخلص من الخصائص الجنسية الأولية أوالثانوية بسبب أحد التناقضات الملحوظة مع واحد من ذوي الخبرة / من الجنسين (أو في المراهقين ، مع الرغبة في منع تطور الخصائص الجنسية الثانوية) .

٣. رغبة قوية لخصائص الجنس الابتدائي أو الثانوي من جهة أخرى بين الجنسين .

٤. رغبة قوية في أن يكون من الجنس الآخر (أو مع بعض البدائل المختلفة لواحد بين الجنسين) .

٥. رغبة قوية في أن يعامل الجنس الآخر (أو البديل المختلف بين الجنسين / من تعيين واحد بين الجنسين) .

٦. هناك قناعة قوية بأنه لديه مشاعر وردود فعل نموذجية من الجنس الآخر (أو بعض البديل المختلف من الجنسين) .

B . يرتبط مع حالة الضيق الإكلينيكي الهام ، أو مع ضعف في المجالات الاجتماعية ، أو مجالات هامة أخرى من الأداء .

تحديد ما إذا كان :

يرتبط مع اضطراب تنمية الجنس (على سبيل المثال ، الاضطراب الخلقي مثل الكظرية التناسلية كما [E25.0] وتضخم الغدة الكظرية الخلقي [E34.50] أو متلازمة الأندروجين الحساسة) .

ملاحظة الترميز : رمز اضطراب تنمية الجنس ، وكذلك اضطراب الهوية الجنسية .

تحديد ما إذا كان :

بعد بالحركة : انتقال الفرد كلياً في المنشود بين الجنسين (مع أو بدون تقنين تغيير بين الجنسين) وخضوع (أو استعداد) على الأقل لإجراء طبي عبر الجنس ، أو باتخاذ علاج هرمونة للجنس ،أو جراحة تغيير الجنس ، بين الجنسين (على سبيل المثال ، بتر القضيب ، أو المهبل في الولادة من الذكور؛ أو استئصال الثدي أو رأب القضيب للأنثى بعد الولادة) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الأفراد مع اضطراب الهوية الجنسية لديهم تناقض ملحوظ بين الجنسين أنهم غير قادرين على تعيينه / تحديد نوع الجنس (عادة عند الولادة ، بين الجنسين) . وهذا التناقض هو العنصر الأساس للتشخيص . ويجب أن يكون أيضاً دليلا على إظهار الضيق حول هذا التناقض ، ويمكن أن تشمل تلك الأعراض بين الجنسين ، نحو الهويات البديلة بين الجنسين ، والتي تكمن وراء الصور النمطية الثنائية . وبالتالي ، فإن الضائقة لا تقتصر على الرغبة في أن تكون ببساطة من الجنس الآخر ، ولكن يمكن أن تشمل الرغبة في أن تكون من بديل بين الجنسين ، بشرط أن يختلف عن تعيين جنس الفرد .

اضطراب الهوية الجنسية يتجلى بشكل مختلف في مختلف الفئات العمرية : وذلك منذ مرحلة الولادة / حتى المرحلة السابقة لبلوغ الفتيات مع اضطراب الهوية الجنسية ، وقد أعرب بعضهم عن رغبتهم في أن يكونوا صبايا ، بل وتؤكد أنها صبي ، أو تأكيد أنه سوف يكبروا ليكونوا رجلا . كما أنهم يفضلون ملابس البنين وتسريحات الشعر ، والتي غالباً ما ينظر إليها (من قبل الغرباء) كما لو أنهم أولاد ، وربما يفضلوا بأن يتم

استدعاؤهم بواسطة اسم الصبي . وعادة ، ما يكون لديهم ردود فعل سلبية شديدة لمحاولات الوالدين بأن يرتدوا الثياب أو غيرها الملابس النسائية .

وقد يرفضون الذهاب إلى المدرسة أو المناسبات الاجتماعية في مثل هذه الملابس المطلوبة ، وقد يظهر هؤلاء الفتيات تحديد ملحوظ مشترك بين الجنسين في الأدوار ، والأحلام ، والأوهام ، واللعب الخشن ، والألعاب التقليدية للصبايا ، وغالباً ما يفضلن الأولاد ، ولا يظهروا اهتماما يذكر مع نمطية اللعب المؤنث (على سبيل المثال ، الدمى) ولا مع الأنشطة (المؤنثة مثل شكل اللباس ، الهاتف ، أو لعب الأدوار) . وفي بعض الأحيان ، قد يرفضون التبول في وضعية الجلوس ، وبعض الفتيات بعد الولادة قد يعبروا عن الرغبة في الحصول على القضيب ، أو المطالبة بأن يكون لهم قضيب ، أو أنهم سوف ينمو لديهم عندما يكبرون ، قد يذكرون أيضاً أنهم لا يريدون تطوير الثديين أو تحيض .

ويعاني الأولاد بعد الولادة ، وقبل البلوغ مع اضطراب الهوية الجنسية ، والذين قد أعربوا عن رغبتهم في أن يكون فتاة أو تأكيد أنهم فتاة ، ولديهم تفضيل خلع الملابس كما الفتيات ، أو الملابس النسائية أو قد يرتدوا الملابس من المواد المتاحة (على سبيل المثال ، باستخدام المناشف ، وأوشحة الشعر الطويل ، أو التنانير) . وهؤلاء الأطفال قد يلعبوا أدوار الشخصيات النسائية (على سبيل المثال ، لعب دور "الأم") وغالباً ما يهتموا بشكل مكثف في الإناث . كما تكون الأنشطة التقليدية لديهم مؤنثة ، حتى فى الألعاب النمطية ، والتسلية (على سبيل المثال ، رسم الصور المؤنثة ؛ مشاهدة التلفزيون أو الفيديو المفضل للإناث وغالباً ما يفضلوا حرفا) . مع نمطية لعب دمى الإناث من نوع (مثل باربي) والتى في كثير من الأحيان من اللعب المفضلة ، ويتجنبون الخام الألعاب الرياضية التنافسية ويكون لديهم اهتمام قليل في اللعب النمطي المذكر (على سبيل المثال ، السيارات والشاحنات) . وقد يدعى البعض بأن ليس لديهم قضيب ويصروا على الجلوس للتبول . وأكثرهم - نادرا - ما يعلنوا بأنه وجدوا القضيب أو الخصيتين مثيرين للاشمئزاز ، وأنهم يرغبون فى إزالتهما .

أما في المراهقين الشباب مع اضطراب الهوية الجنسية ، قد تشبه المظاهر السريرية الأطفال أو البالغين ممن يعانون من هذه الحالة ، وهذا يتوقف على مستوى النمو ، ولكنهم قلقون بشأن التغيرات الجسدية الوشيكة .

وفي البالغين الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية ، يحدث التفاوت بين الجنسين ، فى الخصائص الجنسية الجسدية في كثير من الأحيان - ولكن ليس دائما - والذى يرافقه رغبة في التخلص من الخصائص الجنسية الأولية أو الثانوية أو رغبة قوية في الحصول على بعض الخصائص الجنسية الثانوية من الجنس الآخر ، ويتم ذلك بدرجات متفاوتة مع البالغين مع اضطراب الهوية الجنسية ، وقد يتبنوا السلوك والملبس والسلوكيات السائدة بين الجنسين . كما انهم يشعرون بعدم الارتياح من قبل نظرة الآخرين إليهم ، وقد يكون لدى بعض الكبار رغبة قوية في أن يكونوا ذات مختلفة بين الجنسين ، وأن يعاملوا على هذا النحو ، دون الحصول على العلاج الطبي لتغيير خصائص الجسم .

وقد يجدوا طرقا أخرى لحل التناقض ، فى تعيين الجنسين الذين يعيشون جزئيا في الدور المطلوب أو من خلال اعتماد الجنسين / بلا دور الذكور تقليديا ولا تقليديا مع دور الإناث .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

علامات تطوير واضحة عند البلوغ ، والأولاد في بعض الأحيان قد يربطوا أعضائهم التناسلية لجعل الانتصاب أقل وضوحا . الفتيات قد يربطن صدورهن ، والمشي مع تنحدر ، أو استخدام سترات فضفاضة لجعل المظهر الخارجى أقل وضوحا . على نحو متزايد ، قد يطلب المراهقين ، أو قد يحصلون من دون وصفة طبية أو إشراف طبي ،على المكثفات الهرمونية (" حاصرات ") من منشطات الغدد التناسلية (على سبيل المثال ، هرمونات الغدد التناسلية) .

المراهقين والبالغين الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية قبل تغيير الجنس ، معرضون لزيادة في خطر التفكير في الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، أو محاولات الانتحار بعد تغيير الجنس ، قد تختلف التكيف ، ويمكن أن يستمر خطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

معدل الانتشار Prevalence :

يتراوح معدل انتشار الذكور البالغين بعد الولادة (من ٠,٠٠٥ إلى ٠,٠١٤ ٪) وبالنسبة للإناث بعد الولادة (من ٠,٠٠٢ إلى ٠,٠٠٣ ٪) من البالغين الذين يلتمسون

العلاج الهرموني ،وإعادة التكليف الجراحي لحضور العيادات المتخصصة ، ويرجح بأن هذه المعدلات أقل من الواقع الفعلى .

ويختلف معدل الفروق بين الجنسين في نسب الإحالة إلى العيادات المتخصصة ، والذى يختلف حسب الفئة العمرية .

ففي الأطفال ، تبدو نسب جنس الأولاد بعد الولادة للفتيات تتراوح من (٠٢ : ٠١ إلى ٤,٥ : ١) في المراهقين ، كما أن نسب الجنس قريبة من التكافؤ في البالغين ، ونسبة الجنس مع الولادة تميل لصالح للذكور ، مع نسب تتراوح من (١ : ١ إلى ٦,١ : ١) في بلدين فقط ، وتظهر النسبة بين الجنسين لصالح الإناث بعد الولادة (اليابان : ٢,٢ : ١ ؛ بولندا : ٣,٤ : ١) .

دورة التنمية Development and Course :

التعبير عن اضطراب الهوية الجنسية يختلف مع تقدم العمر ، وهناك مجموعة معايير منفصلة للأطفال مقابل المراهقين والبالغين . ويتم تعريف معايير الأطفال بصورة أكثر واقعية .

وتوضح العديد من المعايير الأساس الاختلافات السلوكية بين الجنسين بين البلدان النامية عادة الفتيان والفتيات ، فهم أقل عرضة من الأطفال الأكبر سنا والمراهقين والبالغين والأطفال الصغار للتعبير عن الانزعاج التشريحي المدقع والثابت .

كما يتضح التناقض في المراهقين والبالغين بين الجنسين من ذوي الخبرة وجسدية الجنس كسمة أساس من التشخيص .

العوامل المتصلة بالاستغاثة والضعف يختلف أيضاً مع تقدم العمر : وقد يظهر الطفل الصغير جدا علامات الشدة (على سبيل المثال ، البكاء الشديد) فقط عندما يقول الطفل والدي (أنه / أو أنها) هو " حقا " ليس لا ينتمى إلى الجنس الآخر . وتلك الاستغاثة قد لا تكون واضحة في بيئات اجتماعية داعمة لرغبة الطفل في العيش في دور الجنس الآخر ، وربما قد يعبر المراهقين والبالغين ، عن الضيق بسبب التناقض القوي بين الجنسين من حيث الجنس والجسدية . ومع ذلك ، فقد يتم تخفيف هذه الضائقة فى بيئات داعمة والمعروف عنها العلاجات الطبية الحيوية المتاحة للحد من هذا التناقض ،

والتى من أهمها انخفاض القيمة (على سبيل المثال ، رفض ذهاب الطفل إلى المدرسة ، والاكتئاب ، والقلق ، وتعاطي المخدرات) .

اضطراب الهوية الجنسية / دون اضطراب النمو الجنسى : تظهر لدى هؤلاء الأطفال السلوكيات المشتركة بين الجنسين ، والذين عادة ما تتراوح أعمارهم بين ٢ و٤ سنوات . ويترافق ذلك مع الفترة الزمنية التنموية التي يبدأ فيها الأطفال تطوير التعبير عن معظم العادات السلوكية والمصالح النوعية الاجتماعية .

وبالنسبة لبعض الأطفال في سن ما قبل المدرسة ، سواء فى معدل الانتشار السلوكيات المشتركة بين الجنسين ، أو الرغبة فى الإعراب على أن يكون الجنس الآخر حاضراً لديهم ، وقد يحدث . في بعض الحالات ، ظهور رغبة فى الإعراب أن يكون من الجنس الآخر في وقت لاحق ، وعادة مع الدخول إلى المدرسة الابتدائية . وهناك أقلية صغيرة من الأطفال قد يعبروا عن الانزعاج مع التشريح الجنسي ، أو ما سوف ينص على الرغبة في الحصول على التشريح الجنسي المقابل لذوي الخبرة بين الجنسين (الانزعاج التشريحي) .

ويصبح التعبير عن الإنزعاج التشريحي أكثر شيوعاً كما فى الأطفال الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية ، مع نهج توقع مرحلة البلوغ .

أما معدلات استمرار اضطراب الهوية الجنسية (من مرحلة الطفولة / إلى مرحلة المراهقة / أو مرحلة البلوغ) فتختلف، حيث تتراوح النسبة في الذكور بعد الولادة (من ٢,٢ إلى ٣٠ ٪) وتتراوح النسبة مع الإناث بعد الولادة (من ١٢ إلى ٥٠ ٪) ويرتبط استمرار اضطراب الهوية الجنسية بشكل متواضع مع تدابير الأبعاد من شدة التأكد في وقت تقييم الخط الأساس في مرحلة الطفولة .

في عينة واحدة للذكور بعد الولادة ، كان الخلفية الاجتماعية والاقتصادية الدنيا أيضاً متواضعة ، ومترابطة مع المثابرة . ومن غير الواضح ما إذا كان النهج العلاجي خاصة لنوع الجنس يرتبط بانزعاج لدى الأطفال / مع معدلات استمراره على المدى الطويل .

أما العينات المتابعة من الأطفال الذين لا يتلقون أي تدخل علاجي رسمي أو تلقي علاج من التدخلات المختلفة الأنواع ، فقد يبدأ عقب الجهود النشطة للحد من انزعاج الجنسين إلى نهج " الانتظار اليقظ " الأكثر حيادية .

ومن غير الواضح ما إذا كان دعم الأطفال اجتماعيا للعيش في المنشود بين الجنسين سوف يظهر معدلات أعلى من المثابرة ، لدى هؤلاء الأطفال بطريقة منهجية طولية ومستمرة .

وهناك نوعان من مسارات واسعة لتنمية اضطراب الهوية الجنسية في كل من الذكور بعد الولادة من المراهقين والبالغين :

بداية مبكرة / وبداية متأخرة : يبدأ المبكر مع بداية اضطراب الهوية الجنسية في تواصل الطفولة والمراهقة والبلوغ إلى فترة متقطعة يحدث فيها اضطراب الهوية الجنسية ويكف هؤلاء الأفراد عن تحديد المصير على هذا النحو النحو ، أو تليها تكرار اضطراب الهوية الجنسية .

وقد يحدث تأخر ظهور اضطراب الهوية الجنسية مع سن البلوغ أو في وقت لاحق في الحياة ، والبعض من هؤلاء الأفراد قد يقدموا تقريرا عن الرغبة أن يكون من الجنس الآخر في مرحلة الطفولة التي لم يتم الإعراب عنها بصورة لفظية للآخرين . ولا يتذكر الآخرون أي علامات انزعاج من الطفولة بين الجنسين .

وقد يتأخر ظهور اضطراب الهوية الجنسية مع الذكور المراهقين ، والآباء في كثير من الأحيان ، وقد يتم الإبلاغ عن مفاجأة لأنهم لم يروا علامات انزعاج الجنسين خلال مرحلة الطفولة .

كما يعد التعبير عن الانزعاج التشريحي - هو الأكثر شيوعاً والبارز في المراهقين والبالغين مرة واحدة الخصائص الجنسية الثانوية والمتقدمة .

وقد يعاني المراهقين والبالغين من تأخر ظهور العلامات بين الجنسين ، وقد ينزعجوا من الانخراط في كثير من الأحيان في السلوك مع الإثارة الجنسية ، والغالبية من هؤلاء الأفراد هم أكثر عرضه للإصابة باضطراب الهوية الجنسية ، وهناك نسبة كبيرة من الذكور البالغين مع تأخر ظهور اضطراب الهوية الجنسية قد يتعايشوا مع أزواجهم متزوجين من الإناث بعد الولادة .

وتسعى مجموعة مع البداية المبكرة إلى طلب الرعاية السريرية للعلاج الهرموني وإعادة التكليف الجراحي في سن مبكرة ، أكثر من مما تفعل مجموعة ثانية يتأخر لديهم ظهور تلك الأعراض ، ويجوز لتلك المجموعة الحصول على مزيد من التقلبات في

درجة اضطراب الهوية الجنسية ويكون أكثر تناقضاً ، حول الأقل المرجح بالارتياح بعد جراحة تغيير الجنس .

في كل الحالات (من الإناث الولادة المراهقين والكبار) فإن الأكثر شيوعاً هو الظهور المبكر لشكل اضطراب الهوية الجنسية ، مع تأخر شكل ظهور الأقل شيوعاً في الإناث بعد الولادة مقارنة مع الذكور بعد الولادة .

وكما هو الحال في الذكور بعد الولادة مع اضطراب الهوية الجنسية ، وهناك فترة بين هؤلاء الأفراد فى التعرف على الذات ؛ ولكن مع تكرار اضطراب الهوية الجنسية ، قد يسعوا إلى التشاور السريري ، والذى غالباً ما ما يتم مع العلاج الهرموني أو جراحة تغيير . كما قد يمثل شكل تأخر ظهور تقرير الحالة للإناث بعد الولادة / مفاجأة لدى آباء وأمهات المراهقين ، وقد لا توجد مؤشرات للانزعاج على نوع الجنس في مرحلة الطفولة ، وإن كانت واضحة . أما التعبير عن الإنزعاج التشريحي فهو البارز والأكثر شيوعاً بكثير لدى المراهقين والبالغين من الأطفال .

أما المراهقين والبالغين الذين يعانون من شكل تأخر من ظهور اضطراب الهوية الجنسية ،فعادة ما يكونوا محبين للبشر .

اضطراب الهوية الجنسية بالاشتراك مع اضطراب النمو الجنسي : معظم الأفراد مع اضطراب النمو الجنسى الذين يصابون باضطراب الهوية الجنسية قد يحتاجوا بالفعل للعناية الطبية في سن مبكرة .

وبالنسبة للكثيرين ، مع بدء الولادة ، قد تكون لديهم قضايا الإحالة بين الجنسين والتى تثار من قبل الأطباء والآباء والأمهات . وعلاوة على ذلك ، فإن العقم هو أمر شائع جدا لهذه المجموعة ، والأطباء هم أكثر استعدادا لأداء العلاجات الهرمونية عبر الجنس ولجراحة الأعضاء التناسلية قبل سن البلوغ .

وكثيراً ما تبدأ اضطرابات التنمية الجنية بشكل عام بين الجنسين السلوك في مرحلة الطفولة المبكرة . ومع ذلك ، فإن معظم الحالات ، قد لا تؤدي إلى اضطراب الهوية الجنسية .

أما الأفراد مع اضطراب التنمية الجنية فقد يصبحوا على بالتاريخ الطبي ولديهم العديد من الشكوك حول ما لديهم بين الجنسين ، وذلك في مقابل وضع قناعة راسخة

بأنهم من جنس آخر . وقد يختلف اضطراب الهوية الجنسية والجنس الانتقالية اختلافاً كثيراً بوصفها وظيفة من اضطراب التنمية الجنسية ودرجة حدته بين الجنسين .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : بالنسبة للأفراد مع اضطراب الهوية الجنسية دون اضطراب فى التنمية الجنسية ، والتى قد تبدأ بين الأفراد مبكراً مع بداية اضطراب الهوية الجنسية ، والذى قد يتطور في سن ما قبل المدرسة في وقت مبكر ، والذى من المرجح أن يكون على درجة عالية من وضع اضطراب الهوية الجنسية وثباته في مرحلة المراهقة ومرحلة البلوغ ، والتى تكون أكثر احتمالا مع هذا الاضطراب .

المخاطر البيئية : اضطراب الهوية الجنسية بين الأفراد / دون اضطراب التنمية الجنسية ، يتضح مع الذكور فى اضطراب الهوية الجنسية (في كل من مرحلتي الطفولة والمراهقة) كما أنه أكثر شيوعاً لدى الأكبر سنا من الذكور ، وخاصة في الأشخاص الذين يعانون من تأخر ظهور اضطراب الهوية الجنسية (المراهقة) ، وتشمل بسة الجنس الآخر (أي الشهوة الجنسية المرتبطة بالفكر أو صورة نفسه كامرأة) وهى من أكثر المشاكل الاجتماعية والنفسية والتنموية العامة على الإطلاق .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : بالنسبة للأفراد مع اضطراب الهوية الجنسية / دون اضطراب التنمية الجنسية ، والذى يقترح بعض المساهمات الوراثية بأدلة (ضعيف) نحو تغيير الجنس بين الأشقاء ، وزيادة التوافق لتغيير الجنس في الزيجوت ، وذلك مقارنة مع التوائم من نفس الجنس ثنائي الزيجوت ، مع القدرة على توريث هذا الأداء . كما أن نتائج فحوصات الغدد الصماء ، لا تُظهر تشوهات نظامية ذاتية في العثور على مستويات هرمون الجنس في ٤٦ ، XY لدى الذكور ، في حين يبدو أن هناك زيادة فى مستويات الأندروجين (في نطاق الإناث / ولكنه أقل بكثير لدى الذكور ، أو فى المستويات العادية) .

عموما فإن الأدلة الحالية غير كافية لتسمية اضطراب الهوية الجنسية دون اضطراب التنمية الجنسية كشكل من أشكال الخنوثة التى تقتصر على وسط (بيئة) الجهاز العصبي .

في اضطراب الهوية الجنسية المرتبطة باضطراب التنمية الجنسية ، مع احتمال زيادته في وقت لاحق مع اضطراب الهوية الجنسية ، وذلك إذا ما تم - قبل الولادة - إنتاجه واستخدامه (عبر مستقبلات الحساسية) . الأندروجين هو شكل صارخ بالنسبة إلى لمن ينظر إليهم عادة في الأفراد مع نفس الجنس المعين ، وتشمل الأمثلة ٤٦ ، XY لدى الأفراد الذين لديهم تاريخ عادي هرمون الذكورة قبل الولادة ، ولكن مع عيوب تناسلية فطرية (كما تم تعيين اكتشاف المثانة أو عدم تخلق القضيب) .

ومما يعزز من احتمالات اضطراب الهوية الجنسية عن طريق الزيادة الإضافية ، لفترات طويلة ، إلى حد كبير التعرض الأندروجين [1]بعد الولادة - بين الجنسين مع مساهمته فى تعزيز الصفات الذكورية الجسدية التي قد تحدث في الإناث ، من آثار غير المخصي 46 ، XY ، أوف نقص : ستيرويد بيتا هيدروكسي - ٣ أو نقص في آثار كروموزومات (٤٦ الإناث ، XX) مع تضخم الغدة الكظرية الخلقية الكلاسيكية مع فترات طويلة من عدم الالتزام استبدال علاج الإستيرويد . ومع ذلك ، فإن وسط الاندروجين هو الأكثر شيوعاً فيما قبل الولادة ، والذى يرتبط ارتباطا وثيقا بالسلوك النوعى الاجتماعى حول هوية النوع .

العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تنمية السلوك الجنسى بشكل ملحوظ - والشاذة بين الجنسين . وبالتالي ، فإن السلوك الشاذ بين الجنسين في حد ذاته لا ينبغي أن يتخذ كمؤشر حالي أو مستقبلي مع اضطراب الهوية الجنسية .

---

(١) (هرمون الأندروجين) Androgen هو الاسم العام لمجموعة من الستيروئيدات الطبيعية والاصطناعية، التي تساعد في نمو / ووظيفة الأعضاء التناسلية الثانوية عند الذكر .الأندروجينات الطبيعية التي توجد في بول الذكر وفي الخصية، تشمل الأندروستيرون، والديهيدروأندروستيرون، والتستوستيرون، والأندروستان ديون. وهي مسؤولة عن شعر الذقن والصوت العميق والعضلات الثقيلة، ولها تأثير ذكوري نفسي. وبالرغم من معارضتها للهرمونات الجنسية الأنثوية، فإن الأندوجين يذكر بالأستروجين في تسبيبه تقرن المهبل والضمور الخصوي، والبروجسترونات في تنشيط التغييرات قبل الحمل في بطانة الرحم.

ويبدو أن هناك نسبة أعلى من انزعاج الجنسين نحو تغيير نوع الجنس ، والذى يبدأ مع تعيين المريض من الإناث إلى الذكور ، من تعيين الذكور إلى الإناث في ٤٦ ، XY الأفراد والذين يعانون من اضطراب التنمية الجنسية .

القضايا المتصلة بالتشخيص الثقافي Culture-Related Diagnostic issues،

تم الإبلاغ عن الأفراد من ذوي اضطراب الهوية الجنسية في العديد من البلدان والثقافات : كما تم الإبلاغ عن ما يعادل اضطراب الهوية الجنسية في الأفراد الذين يعيشون في الثقافات مع الفئات الأخرى من الجنسين من الذكور أو الإناث . ومن شأن ذلك ، أن يحقق لهؤلاء الأفراد المعايير التشخيصية لاضطراب الهوية الجنسية .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Maricers ،

الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب الجسدي للتنمية الجنسية ، قد يظهروا بعض الارتباط النهائي لنتائج الهوية الجنسية مع درجة إنتاج الأندروجين قبل الولادة . ومع ذلك ، فإن العلاقة ليست قوية بما فيه الكفاية للعامل البيولوجي ، حيث يمكن التحقق منها ، لتحل محل تقييم المقابلة التشخيصية المفصلة والشاملة للمساواة بين انزعاج الجنسين معاً .

العواقب الوظيفية من اضطراب الهوية الجنسية ،

الانشغال بالرغبات المشتركة بين الجنسين قد تتطور في جميع الأعمار بعد (٢-٣ سنوات الأولى) من الطفولة والتى غالباً ما تتداخل مع الأنشطة اليومية . أما في الأطفال الأكبر سنا ، فإن عدم تطوير المهارات والعلاقات مع الأقران من نفس الجنس ، قد يؤدي إلى محنة والعزلة عن مجموعات الأقران . وقد يرفض بعض الأطفال الذهاب إلى المدرسة بسبب الإغاظة والتحرش أو الضغط على ارتداء الملابس المرتبطة بالجنس المسندة إليهم . وهو ما يحدث أيضاً لدى المراهقين والكبار ، مع الانشغال بالرغبات المشتركة بين الجنسين ، والتى غالباً ما تتداخل مع الأنشطة اليومية .

صعوبات العلاقة ، بما في ذلك مشاكل العلاقة الجنسية الشائعة ، فى العمل ، وفي المدرسة ، والتى يصاحبها انخفاض فى قيمة الذات .

يسير إضطراب الهوية الجنسية ، جنبا إلى جنب مع التعبير غير النمطي بين الجنسين ، والذى لم يرتبط مع مستويات عالية من الوصم والتمييز والتمييز والإيذاء ، مما يؤدي إلى تدنى مفهوم الذات ، وزيادة المعدلات السلبية للاضطرابات العقلية والاعتلال المشترك ، والتسرب من المدارس ، والتهميش الاقتصادي ، بما في ذلك البطالة ، وذلك مع ما يصاحبه من المخاطر الصحية الاجتماعية والنفسية ، وخاصة في الأفراد الشائع لديهم الاضطراب / بصورة عائلية . وبالإضافة إلى ذلك ، حصول هؤلاء الأفراد على الخدمات الصحية ، والصحة النفسية ، والتى قد تعوق تقديم الخدمات الهيكلية ، مثل عدم الراحة أو عدم الخبرة المؤسسية في العمل مع هذه الفئة من الأفراد المرضى .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

أدوار الجنسين : ينبغي التمييز بين الجنسين من الانزعاج البسيط ، والذى يستند على السلوك النمطي لأدوار الجنسين من رغبة قوية في أن تبدأ / من آخر لقاء بين الزوجين ، وليس المقصود هنا مجرد وصف لعدم المطابقة النمطية بين الجنسين ، ومن المهم أن التشخيص السريري يقتصر على الأفراد الذين يطلبون الاستغاثة وضعف تلبية المعايير المحددة بهم .

اضطراب التخنث : يحدث اضطراب المتخنث الغيري (المخنثين) للمراهقين والذكور البالغين (والنادر في الإناث) من الذين يولد لديهم السلوك الجنسي ، عبر خلع الملابس ، الإثارة ، والذى يسبب الضيق أو ضعف الرسم الأساسي الجنساني . ويترافق أحيانا من قبل اضطراب الهوية الجنسية .

وهو ما يمكن إعطاءه انزعاجاً إكلينيكيا بين الجنسين ، وتظهر التشخيصات في كثير من الأحيان مع تأخر ظهور حالات اضطراب الهوية الجنسية عند الذكور مع مرحلة الولادة .

اضطراب الجسم : يركز الفرد مع اضطراب تشوه الجسم ، على تغيير أو إزالة جزء معين من الجسم لأنه ينظر إليها على أنها شُكلت بشكل غير طبيعي ، وعندما يعرض الفرد وفقاً لمعايير كلا الجنسين ، يحدث انزعاج واضطراب تشوه الجسم ، وسواء أثبتت التشخيصات ذلك / أم لا . كما أن هؤلاء الأفراد يرغبون في أن

يكون أحد أطرافهم الصحية قد بترت (وهو ما يسمى باضطراب هوية سلامة الجسم) لأنه يجعلهم يشعرون بمزيد من " الكمال " وعادة لا يرغبون في تغيير الجنس ، وإنما الرغبة في العيش بوصفهم مبتوري الأطراف أو كشخص معاق .

الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى : نادرا ما يعبر الفصام عن أوهام الانتماء إلى بعض الجنس الآخر . وفي غياب الأعراض الذهانية ، فإن الإصرار من قبل فرد مع اضطراب الهوية الجنسية التي كان (هو/ أو هي) من الجنسين لا يعتبر من قبيل الوهم ، أما انفصام الشخصية (أو اضطرابات نفسية أخرى) الخاصة بالانزعاج من الجنس ، فقد يحدث بصورة مشتركة .

السريرية الأخرى : بعض الأفراد مع وجود رغبة فى تطوير بديل للهوية الجنسانية الأنثوية ، هؤلاء لديهم عرض تقديمي يتلاءم مع اضطراب الهوية الجنسية . ومع ذلك ، فإن بعض الذكور يسعوا إلى الإخصاء أو بتر القضيب لأسباب جمالية ، أو لإزالة الآثار النفسية للأندروجين ، دون تغيير هوية الذكور ؛ وفي هذه الحالات - شديدة الاضطراب - لم تستوف الوفاء بمعايير اضطراب الهوية الجنسية .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الأطفال المشار إليهم إكلينيكيا مع اضطراب الهوية الجنسية ، توضح وجود مستويات مرتفعة من المشكلات العاطفية ، أما المشاكل السلوكية الأكثر شيوعاً ، فهي القلق ، واضطراب السيطرة على الإنفعالات ، واضطرابات الاكتئاب والسائد لدى الأطفال قبل مرحلة البلوغ ، والذى يرتبط مع زيادة العمر ، ومع وجود أكثر المشاكل السلوكية أو العاطفية ، ويرتبط ذلك بزيادة عدم القبول بين الجنسين للسلوك البديل من قبل الآخرين .

السلوك المتغير بين الجنسين في الأطفال الأكبر سنا ، غالباً ما يؤدي إلى النبذ ، مما قد يؤدي إلى المزيد من المشاكل السلوكية .

أما معدل الانتشار للمشاكل العقلية والصحية فتختلف بين الثقافات ؛ ويمكن أيضا أن ترتبط هذه الاختلافات / باختلاف المواقف تجاه التباين بين الجنسين من الأطفال . ومع ذلك ، وأيضاً ففي بعض الثقافات ، تم العثور على القلق الشائع نسبيا

في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية ، حتى في الثقافات تتقبل المواقف تجاه السلوك المتغير بين الجنسين .

أما اضطراب طيف التوحد : فهو أكثر معدلات الانتشار في الأطفال المشار إليهم إكلينيكيا مع اضطراب الهوية الجنسية ، وذلك في عموم السكان . والتى تظهر مع المراهقين المشار إليهم إكلينيكيا مع اضطراب الهوية الجنسية / ولديهم اضطرابات عقلية مرضية ، وذلك مع اضطراب القلق والاكتئاب هي أكثر العوامل المشتركة . وكما هو الحال في الأطفال ، فإن اضطرابات طيف التوحد هو أكثر معدلات الانتشار في المشار إليهم إكلينيكيا من المراهقين مع اضطراب الهوية الجنسية / أكثر مما كانت عليه في عموم السكان . كما يشار إكلينيكيا للبالغين الذين يعانون من اضطراب الهوية الجنسية ، والذين قد يتعايشون مع مشاكل الصحة العقلية ، والأكثر شيوعاً لديهم هو اضطراب القلق والاضطرابات الاكتئابية .

اضطرابات الهوية الجنسية المحددة الأخرى

(F64.8) Other Specified Gender Dysphoria :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب الهوية الجنسية والتى تعود إلى سبب إكلينيكي والمصحوب باستغاثة بالغة / أو باعتلال في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المجالات الهامة للعمل التى تسود ، ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة للاضطراب الهوية الجنسية .

ويستخدم مصطلح " فئة اضطراب الهوية الجنسية الأخرى المحددة " في الحالات التي يختار فيها الطبيب إيصال سبب محدد لا يفي عروض معايير اضطراب الهوية الجنسية . ويتم ذلك من خلال تسجيل " كلمة /الأخرى إلى اضطراب الهوية الجنسية المحدد " تليها سبب محدد (على سبيل المثال ، " موجز اضطراب الهوية الجنسية ") .

مثال على العرض الذي يمكن تحديده باستخدام " الأخرى المحددة " التعيين هو ما يلي : الاضطرابات الحالية تتلاءم مع أعراض لاضطراب الهوية الجنسية ، ولكن مدة هذا النظام المؤسس هو (من ٦ أشهر) .

اضطراب الهوية الجنسية غير المحدد

(F64.9) Unspecified Gender Dysphoria :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب الهوية الجنسية / ذات السبب الإكلينيكي المصحوب باستغاثة بالغة أو باعتلال في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من المجالات الهامة للعمل الذى يسود ولكن لا يستوفي المعايير الكاملة للمساواة / والانزعاج بين الجنسين . كما يتم استخدام فئة غير محددة من اضطراب الهوية الجنسية في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب الذي لم يتم الوفاء بمعايير اضطراب الهوية الجنسية ، وتشمل العروض التي لا توجد فيها معلومات كافية لاتخاذ مزيد من تشخيص محدد .

اضطرابات واجراءات :

وتشمل إجراءات ظروف الاضطرابات التي تنطوي على مشاكل في ضبط النفس من العواطف والسلوكيات المختلفة . بينما غيره من الاضطرابات في الدليل التشخيصىDSM-5 تنطوي أيضاً على مشاكل في التنظيم العاطفي أو السلوكي ، واضطرابات فريدة من نوعها / وتتجلى في السلوكيات التي تنتهك حقوق الآخرين (على سبيل المثال ، العدوان وتدمير الممتلكات) أو التي تجلب للفرد صراع كبير مع المعايير الاجتماعية أو رموز السلطة .

أما الأسباب الكامنة وراء مشاكل ضبط النفس من العواطف والسلوكيات فيمكن أن تختلف اختلافا كثيراً في جميع أنحاء الاضطرابات بين الأفراد ضمن فئة تشخيصية معينة .

يتضمن هذا الفصل اضطرابات خلل التحدي الاعتراضي ، والخلل الانفعالي المتقطع ، واضطراب السلوك ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع (والتي يتم وصفها في فصل " اضطرابات الشخصية ") ، وهوس الحرائق ، هوس السرقة ، والأخرى المحددة / وغير المحددة التخريبية (مجموعة - السيطرة) والاضطرابات السلوكية الاضطرابات . وعلى الرغم من كل تلك الاضطرابات في هذا الفصل ، والتى تنطوي على مشاكل في التنظيم العاطفي والسلوكي على حد سواء ، إلا أن مصدر هذا الاختلاف بين تلك الاضطرابات هو التركيز النسبي على مشاكل هذين النوعين من ضبط النفس .

وعلى سبيل المثال ، معايير اضطراب السلوك ، وذلك بالتركيز - إلى حد كبير - على السلوكيات السيئة المسيطرة ، والتي تنتهك حقوق الآخرين أو تنتهك الأعراف المجتمعية الرئيسة . كما أن العديد من الأعراض السلوكية (مثل العدوان) يمكن أن يكون نتيجة سيئة لسيطرة العواطف على الفرد ، مثل الغضب .

وعلى الطرف الأخر ، فإن معايير الاضطراب الانفجاري المتقطع يتركز إلى حد كبير على مثل هذه المشاعر الرديئة المسيطرة على الفرد ، كما تبدو نوبات الغضب غير المتناسبة مع الاستفزاز الشخصي أو غيرها أو من الضغوطات النفسية والاجتماعية الأخرى . أما الوسطية في تأثير هذه الاضطرابات ، فتقع على اثنين من : اضطراب خلل التحدي ، حيث يتم توزيع المعايير على نحو أكثر توازنا بين العواطف (الغضب وتهيج) وسلوكيات (التحدي) . وهوس الحرائق/ والذى قد يستخدم مع هوس السرقة الأقل شيوعاً فى التشخيصات التي تتميز بالسيطرة على الانفعالات ، وذات الصلة بسلوكيات معينة (الإعداد لحريق أو سرقة) والتى يمكن أن تخفف التوتر الداخلي (للحالات المضطربة) .

وهناك أعراض اضطراب السلوك ، بخلل التحدي الاعتراضي ، أو غيرها من السلوكيات التخريبية ، والناتجة عن عدم السيطرة على الانفعالات ، وكذلك الاضطرابات السلوكية ، إلا أن عدد من تلك الأعراض لا تستوفى تشخيص عتبة لأي من الاضطرابات في هذا الفصل ، وعلى الرغم من وجود أدلة على الضعف الإكلينيكى الهام ، والمرتبط بالأعراض التخريبية ، إلا أن عدم السيطرة على الانفعالات ، يميل فى جميع اضطرابات السلوك إلى أن يكون أكثر شيوعاً في الذكور أكثر من الإناث ، وعلى الرغم من أن درجة هيمنة الذكور النسبية / على حد سواء قد تختلف عبر نوعية هذه الاضطرابات ، ويتضمن تصنيف الاضطراب مراحل عمرية مختلفة ، كما تميل الاضطرابات إلى ظهورها لأول مرة في مرحلة الطفولة أو المراهقة .

وفي الواقع ، فإنه من النادر جدا لأي اضطراب سلوكى / أو بخلل التحدي الاعتراضي في الظهور لأول مرة في مرحلة البلوغ . وهناك علاقة تنموية بين خلل التحدي الاعتراضي ، واضطراب السلوك ، وفي معظم حالات اضطراب السلوك -

السابق - قد تلتقى معايير خلل التحدي الاعتراضي ، على الأقل في تلك الحالات التي يظهر فيها اضطراب السلوك قبل مرحلة المراهقة .

ومع ذلك ، فإن معظم الأطفال مع خلل التحدي الاعتراضي / في نهاية المطاف قد يطوروا اضطراب السلوك . وعلاوة على ذلك ، فإن الأطفال الذين يعانون من خلل التحدي الاعتراضي هم في خطر لتطوير مشاكل أخرى في نهاية المطاف ، وذلك إلى جانب اضطراب السلوك ، بما في ذلك القلق والاضطرابات الاكتئابية .

كما تظهر العديد من الأعراض التي تحدد الحالة التخريبية ، مثل ضعف السيطرة على الانفعالات ، والإضطرابات السلوكية ، والتي يمكن أن تسهم - إلى حد ما - في تطوير سلوكيات الأفراد .

وبالتالي ، فمن الأهمية تحديد معدل الانتشار لتلك الحالات ، والتى تترافق مع ضعف السلوكيات المرتبطة بالتشخيص المعياري / والذى يجرى بناءً على عمر الشخص والجنس ، وذلك عند تحديد أعراض الاضطراب .

وقد يتم ربط مصطلح التخريبية ، مع السيطرة على الانفعالات ، واضطرابات السلوك الخارجية الشائعة والمرتبطة بأبعاد الشخصية والتى توصف بأنها من السلوك الفاضح ، أو الانفعالية السلبية . وهذه السمات المشتركة لتلك الأبعاد يمكن بها حساب مدى ارتفاع مستوى الاعتلال المشترك بين هذه الاضطرابات والاعتلال المشترك المتكرر مع هذه الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة ، أو باضطراب الشخصية المعادي للمجتمع .

اضطراب خلل التحدي الاعتراضي Oppositional Defiant Disorder :
معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F91.3) :

A. نمط غاضب عصبي المزاج ، جدلية السلوك المتحدي ، أو الانتقام الدائم لمدة (ستة أشهر) على الأقل ، كما يتضح فيما لا يقل عن أربعة أعراض من أي من الفئات التالية ، والتى عرضت خلال التفاعل مع شخص واحد على الأقل من شخص (من غير الأشقاء) غاضب عصبي المزاج : -

١. غالباً ما يفقد أعصابه .

٢. غالباً ما يكون حساساً أو ينزعج بسهولة .

٣. في كثير من الأحيان يشعر بالغضب والاستياء ، مع جدلية السلوك المتحدي .
٤. كثيراً ما يجادل مع رموز السلطة ، أو مع للأطفال والمراهقين ، والبالغين .
٥. غالباً ما يتحدى بنشاط أو يرفض الامتثال لطلبات من رموز السلطة أو مع القواعد .
٦. غالباً ما يزعج الآخرين عمداً .
٧. كثيراً ما يلوم الآخرين (له / أو لها) على أخطاء أو سوء السلوك (نزعة الانتقام) .
٨. كثيرا حاقداً أو على الأقل مرتين خلال ال ٦ أشهر الماضية .

ملاحظة : يجب استخدام واستمرار وتيرة هذه السلوكيات للتمييز بين السلوك الذي هو ضمن الحدود الطبيعية من السلوك ، أو الذي هو عرض له .

أما الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ٥ سنوات ، فينبغي أن يحدث السلوك في معظم أيام الأسبوع لفترة (لا تقل عن ستة أشهر) ما لم يذكر خلاف ذلك (A8) .

وبالنسبة للأفراد فوق (٥ سنوات أو كبار السن) فينبغي أن يحدث السلوك مرة واحدة في الأسبوع على الأقل لمدة ٦ أشهر على الأقل ، ما لم يشار إليه (AS) . بينمايتم توفير هذه المعايير على مستوى الحد الأدنى من حدوث الأعراض ، وينبغي النظر أيضاً إلى عوامل أخرى ، مثل ما إذا كانت السلوكيات متواترة ، أو شديدة ، أو ما إذا كانت خارج نطاق المستوى المعياري (وفقاً لمستوى الفرد التنموي ، والجنس ، والثقافة) .

B. ويرتبط اضطراب السلوك مع ضيق الفرد أو الآخرين في حياته (له / أو لها) فى سياق اجتماعي فوري (على سبيل المثال ، الأسرة ، مجموعة الأقران ، زملاء العمل) أو بمدى تأثيره سلبا فى المجالات الاجتماعية والتعليمية والمهنية ، أو غيرها مهم من صنوف الأداء .

ولا تحدث تلك السلوكيات حصرا أثناء سير الذهانية ، أو مع استخدام مادة ، أو مع اضطراب الاكتئاب ، ولا مع الاضطراب ثنائي القطب ، ولا بما لم يستوف معايير المزاج التخريبي ، ولا مع اضطراب التقلبات .

تحديد شدة الحالة :

١. خفيف : تقتصر الأعراض على إعداد واحد فقط (على سبيل المثال ، في البيت ، في المدرسة ، في العمل ، مع الأقران) .
٢. المعتدل : بعض الأعراض موجودة في اثنين على الأقل من الإعدادات .
٣. الشديد : أعراض الابن موجودة في ثلاثة أو أكثر من الإعدادات .

المحددات Specifiers :

من غير المألوف بالنسبة للأفراد مع خلل التحدي الاعتراضي أن تظهر لديهم الأعراض فقط في داخل نطاق أفراد الأسرة . ومع ذلك ، فإن معدل انتشار الأعراض هو مؤشر على شدة الاضطراب .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من خلل التحدي الاعتراضي هو نمط متكرر ومستمر من الغضب العصبي المزاج ، وجدلية السلوك المتحدي ، أو الانتقام (A) . وليس من غير المألوف بالنسبة للأفراد مع خلل التحدي الاعتراضي لإظهار ملامح سلوكية من الفوضى دون مشاكل المزاج السلبي . ومع ذلك ، فإن الأفراد مع اضطراب أعراض المزاج الغاضب ، وتعكر المزاج والسلوك المميز لذلك .

وقد تقتصر أعراض اضطراب خلل التحدي الاعتراضي على عرض واحد فقط ، وهذا هو الأكثر شيوعاً في المنزل . أما الأفراد الذين تظهر لديهم أعراض كافية لتلبية عتبة التشخيص ، حتى لو أنها تجرى فقط في المنزل ، فقد تنخفض قيمتها بشكل كبير في حياتهم الاجتماعية . ولكن في الحالات الأكثر شدة ، فإن أعراض اضطراب تظل موجودة .

في الإعدادات المتعددة . بالنظر إلى معدل انتشار الأعراض كمؤشرا لشدة الاضطراب ، فمن الأهمية بمكان أن يتم تقييم سلوك الفرد عبر عدة مظاهر من العلاقات المنضبطة . لأن هذه السلوكيات الشائعة بين الأشقاء ، يجب مراعاتها خلال التفاعل مع الأشخاص الآخرين من غير الأشقاء . كذلك فإن أعراض هذا الاضطراب عادة ما تكون أكثر وضوحاً في التفاعل مع الأقران أو البالغين الذيت يعرفهم الفرد بشكل جيد ، والتي قد لا تكون واضحة أثناء الفحص السريري .

ويمكن أن تحدث أعراض خلل التحدي الاعتراضي إلى حد ما في الأفراد بدون هذا الاضطراب . وهناك العديد من الاعتبارات الرئيسة لتحديد ما إذا كان هذا السلوك يشير إلى أعراض خلل التحدي الاعتراضي : الأولى ، عتبة التشخيص من أربعة أو أكثر من الأعراض في غضون (الـ ٦ أشهر السابقة) والتي يجب الوفاء بها .

الثانية ، استمرار تواتر الأعراض ، والتي يجب أن تجاوز ما هو معياري للفرد ، والعمر والجنس ، والثقافة . وعلى سبيل المثال ، فإنه ليس من غير المألوف بالنسبة للأطفال فيما قبل المدرسة أن تظهر لديهم نوبات الغضب على أساس أسبوعي . إلا أن تفجر الغضب لطفل ما قبل المدرسة / قد يعتبر أحد أعراض خلل التحدي الاعتراضي إلا إذا وقع في معظم أيام الأسبوع (لمدة ٦ أشهر السابقة) أما إذا وقعت مع ثلاثة على الأقل من أعراض الاضطراب الأخرى ، وإذا ما ساهمت في تفجر الغضب ، والمؤدى إلى انخفاض القيمة الكبيرة المرتبطة بالاضطراب (على سبيل المثال ، أدى إلى تدمير الممتلكات أثناء النوبات) ، أو أسفرت عن طلب ترك الطفل للمدرسة (في مرحلة الروضة) .

وتعد أعراض هذا الاضطراب في كثير من الأحيان جزء من نمط إشكالية التفاعلات مع الآخرين . وعلاوة على ذلك ، فإن الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب عادة لا يعتبرون أنفسهم معارضين ، أو متحديين . إلا أنهم بدلا من ذلك ، غالباً ما يبرروا سلوك الاستجابة لمطالب أو لظروف غير معقولة . وبالتالي ، يمكن أن يكون من الصعب فصل المساهمة النسبية للفرد عن إشكالية اضطراب التفاعلات الناتجة عن التجارب السابقة (له / أو لها) . على سبيل المثال ، الأطفال الذين يعانون من خلل التحدي الاعتراضي قد شهدوا تاريخاً من الأبوة والأمومة المعادية ، وغالباً ما يكون من المستحيل تحديد ما إذا كان سبب سلوك الطفل / يعود إلى تصرفات الآباء بطريقة أكثر عدائية تجاه الطفل ، أو إذا قاد عداء الوالدين لسلوك الطفل مع هذه المشكلة ، أو إذا كان هناك بعض مزيج من عوامل الاثنين معا . ولا يمكن أن يفصل الطبيب فصل الإسهامات النسبية المحتملة ، والتي يجب ألا تؤثر على العوامل المسببة لها وفقاً للتشخيص . كما أن الأطفال الذين يعيشون في ظروف سيئة وخاصة الإهمال أو سوء المعاملة ، الذى قد يحدث (على سبيل المثال ، في السياقات المؤسسية) ،

والاهتمام السريري لتخفيض دور البيئة ، والذى قد يكون مفيداً فى تشخيص وعلاج الحالات .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
Associated Features Supporting Diagnosis :

خلل التحدي الاعتراضي في الأطفال والمراهقين ، هو أكثر معدلات الانتشار في الأسر في التي تعطلت فيها رعاية الطفل من خلال سلسلة من مقدمي الرعاية المختلفة أو في الأسر التي مورست مع تربية الأطفال القاسية ، وغير المتناسقة ، أو الإهمال الشائع .

أما اثنين من أكثر الحالات الشائعة التي تحدث بالمشاركة مع خلل التحدي الاعتراضي ، فهو نقص الانتباه ، واضطراب فرط النشاط (ADHD) ، واضطراب السلوك (راجع قسم " الاعتلال المشترك " لهذا الاضطراب) . والمرتبط بخلل التحدي الاعتراضي مع زيادة خطر لمحاولات الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، حتى بعد أن يتم التحكم فى الاضطرابات المرضية .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار بخلل التحدي الاعتراضي ، والذى يتراوح بين (١ إلى ١١ ٪) بمتوسط تقدير معدل الانتشار بنحو ٣,٣ ٪ وقد تختلف نسبة خلل التحدي الاعتراضي اعتمادا على سن وجنس الطفل . والتي يبدو أنها تمثل معدلات الانتشار في الذكور / أكثر من الإناث (١,٤ : ١) قبل مرحلة المراهقة ، وهذا هو الغالب لدى الذكور ، ولم يتم العثور على استمراره في عينات من المراهقين أو البالغين .

دورة التنمية Development and Course :

وعادة ما تظهر الأعراض الأولى لخلل التحدي الاعتراضي خلال سنوات مرحلة ما قبل المدرسة ، ونادرا ما يتجاوز مرحلة المراهقة المبكرة .

وغالباً ما يسبق خلل التحدي الاعتراضي تطوير اضطراب السلوك ، وخصوصا مع ظهور اضطراب السلوك . ومع ذلك ، فإن العديد من الأطفال والمراهقين / مع اضطراب التحدي الاعتراضي ، واللاحق بتطوير اضطراب السلوك بخلل التحدي الاعتراضي أيضاً ، والذى ينقل خطر تطوير اضطرابات القلق والاضطراب الاكتئابي ، حتى في حالة عدم وجود اضطراب سلوكى ، مثل أعراض اضطراب التحدي ، والرغبة

في الانتقام ، والتي تحمل معظم مخاطر اضطراب السلوك ، في حين أن أعراض المزاج العصبي الغاضب ، قد تحمل معظم المخاطر للاضطرابات العاطفية .

مظاهر الاضطراب في تنمية الأعراض تظهر بصورة متناسقة : وذلك لدى الأطفال والمراهقين مع خلل التحدي الاعتراضي ، والذين هم في خطر متزايد لعدد من المشاكل في التكيف مثل البالغين ، بما في ذلك السلوك المعادي للمجتمع ، ومشاكل السيطرة على الانفعالات ، وتعاطي المخدرات ، والقلق ، والاكتئاب .

والعديد من السلوكيات المرتبطة بخلل التحدي الاعتراضي ، المرتبط بزيادة في وتيرة فترة ما قبل المدرسة ومرحلة المراهقة . وبالتالي ، فمن الأهمية بمكان وخاصة خلال فترات التنمية ، التي تتواتر بشدة هذه السلوكيات وفقاً لمستوياتها المعيارية ، والتي يمكن أن تشكل أعراض اضطراب خلل التحدي .

تشخيص القضايا ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic Issues :

يتضح معدل انتشار هذا الاضطراب في الأطفال والمراهقين ، ويتسق نسبيا عبر البلدان التي تختلف في العرق .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

إضطراب السلوك : اضطراب السلوك واضطراب التحدي الاعتراضي على حد سواء ذات صلة بالمشاكل التي تجلب للفرد فرصة الصراع مع الكبار (على سبيل المثال ، المعلمين ومشرفي العمل) .

وعادة ما تكون سلوكيات خلل التحدي الاعتراضي ذات طبيعة أقل حدة من اضطراب السلوك ، مع عدم تضمين العدوان نحو الأشخاص أو الحيوانات ، وتدمير الممتلكات ، أو وجود نمط من السرقة أو الخداع .

علاوة على ذلك ، فإن خلل التحدي الاعتراضي يتضمن مشاكل التقلبات العاطفية (أي المزاج الغاضب وسرعة الانفعال) التي لم يتم تضمينها في تعريف اضطراب السلوك .

اضطراب نقص الانتباه : الحالة المرضية ADHD مع اضطراب التحدي الاعتراضي ، غالباً ما تستدعى إجراء التشخيص الإضافي من خلل التحدي الاعتراضي ، ومن

المهم تحديد أن فشل الفرد فى توافقه مع الآخرين لا يعود فقط إلى الحالات التي تتطلب جهداً متواصلاً .

الاكتئاب واضطرابات القطبين : الاكتئاب واضطرابات القطبين غالباً ما ينطوي على السلبية التى تؤثر على التهيج . ونتيجة لذلك ، ينبغي تشخيص خلل التحدي الاعتراضي بأن لا يتم في حالة حدوث تلك الأعراض حصرا أثناء سير اضطراب المزاج .

اضطراب تقلبات المخاطر المزاجية : يرتبط خلل التحدي الاعتراضى مع اضطراب تقلبات المزاج التخريبي ، ومع أعراض المزاج السلبي المزمن .

ومع ذلك ، فإن الشدة ، والتردد ، وزمن نوبات الغضب هي الأكثر شدة في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب المزاج ، واضطراب التقلبات ، أكثر مما كانت عليه مع اضطراب خلل التحدي الاعتراضي . وهكذا ، فإن أقلية فقط من الأطفال والمراهقين الذين يستوفوا أعراض معايير اضطراب خلل التحدي الاعتراضي ، مع تشخيص اضطراب التقلبات المخاطر المزاجية .

وعند اضطراب المزاج القاسي بما فيه الكفاية والذى يلبي معايير اضطراب التقلبات المخاطر المزاجية ، والمترافقة مع تشخيص اضطراب خلل التحدي الاعتراضي .

الخلل الانفعالي المتقطع : ينطوي الخلل الانفعالي المتقطع أيضاً بمعدلات عالية من الغضب . ومع ذلك ، فإن الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يظهروا العدوان الخطير نحو غيرهم من الجهات والتي ليست جزءاً من تعريف اضطراب خلل التحدي الاعتراضي .

الإعاقة الذهنية (إضطراب النمو الفكري) : وتتضح في الأشخاص الذين يعانون من الإعاقة الفكرية ، والمترافقة مع تشخيص خلل التحدي الاعتراضي ، إلا إذا كانت المعارضة السلوكية أكبر بشكل من تلاحظ بين عموم الأفراد من نفس مستوى العمر العقلي ، وذلك للمقارنة مع شدة المقارنة بالإعاقة الفكرية .

اضطراب اللغة : ويجب أن يتميز خلل التحدي الاعتراضي ، مع عدم اتباع الإرشادات كنتيجة لضعف فهم اللغة (على سبيل المثال ، فقدان السمع) .

اضطراب القلق الاجتماعى (الرهاب الاجتماعى) : ويجب أيضاً أن يتميز خلل التحدي الاعتراضي مع تحد بسبب الخوف من التقييم السلبي ، والمرتبط باضطراب القلق الاجتماعى .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

معدلات خلل التحدي الاعتراضي هي أعلى من ذلك بكثير في عينات من الأطفال والمراهقين ، والبالغين الذين يعانون من اضطراب الانتباه ADHD ، وهذا قد يكون نتيجة لعوامل المخاطر المزاجية المشتركة ، وكذلك مع خلل التحدي الاعتراضي ، والذى غالباً ما يسبق اضطراب السلوك .

وعلى الرغم من أن ذلك يبدو الأكثر شيوعاً في الأطفال الذين يعانون من النوع الفرعي لأحداث الطفولة . كما أن الأفراد مع خلل التحدي الاعتراضي هم أيضاً في خطر متزايد لاضطرابات القلق الكبيرة ، واضطراب الاكتئاب ، هو ما يعزى إلى حد كبير إلى وجود أعراض اضطراب المزاج .

أما المراهقين والبالغين الذين يعانون من خلل التحدي الاعتراضي أيضاً ، فهو يظهر بنسبة أعلى مع اضطرابات تعاطي المخدرات ، وعلى الرغم من أنه من غير الواضح ما إذا كان هذا الارتباط مستقل عن الاعتلال المشترك مع اضطراب السلوك .

اضطرابات الخلل الانفعالي المتقطع Intermittent Explosive Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F63.81) :

A. السلوكية المتكررة تفجر ما يمثل الفشل في السيطرة على النزوات العدوانية كما يتجلى من قبل أي من الإجراءات التالية : -

١. العدوان اللفظي (مثلا ، نوبات الغضب ، خطب ، والحجج اللفظية أو المعارك) أو الاعتداء الجسدي تجاه الممتلكات ، والحيوانات ، أو غيرهم من الأفراد ، والتي تحدث مرتين فى الأسبوع في المتوسط ، ولمدة ٣ أشهر . ولا يؤدي العدوان البدني إلى ضرر أو تدمير الممتلكات ، ولا يؤدي إلى إصابات جسدية للحيوانات أو غيرهم من الأفراد .

٢. وتنطوى ثلاثة أحداث سلوكية على ضـرر أو تـدمير الممتلكـات أو الاعتـداء البدني الذى ينطوي على الأذى العنيف ضد الحيوانات أو الأفراد الآخرين ، والتي قد تحدث خلال فترة ١٢ شهرا .

B. تم الإعراب عن حجم العدوانية أثناء النوبات المتكررة غـير الـصارخة مـن أصـل نسب الاستفزاز أو أي ضغوطات نفسية أخرى .

C. لا يتم الأخذ بمبدأ (مع سبق الإصرار) كنتيجة عـلى تفجـر الـسلوكيات العدوانيـة المتكررة (أي ، التسرع القائم عـلى الغـضب) ولا 'يلـزم تحقيـق بعـض الأهـداف الملموسة (على سبيل المثال ، المال والسلطة والترهيب) .

D. يدل تفجر العدوانية المتكررة إما استغاثة ملحوظـة في الفـرد أو انخفـاض في الأداء المهني أو الشخصية ، أو المرتبط مع المسائل المالية أو التبعات القانونية .

E. يتحدد العمر الزمني فى سن ٦ سنوات على الأقل (أو ما يعادل مستوى التنمية) .

F. لم يتم شرح تفجر العدوانية المتكررة بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال ، اضطراب اكتئابي ، والهوس الاكتئابي ، واضـطراب المـزاج ، وتقلبات الاضطراب ، والاضـطراب الـذهاني ، واضـطراب الشخـصية المعـادي للمجتمع ، واضطراب الشخصية الحدية) .

G. لا يعزى إلى حالة طبية أخرى كل من (علـى سـبيل المثـال ، صـدمات الـرأس ، ومرض الزهايمر) أو إلى الآثار الفسيولوجية للمادة (علـى سـبيل المثـال ، دواء ، سوء المعاملة) .

H. أما الأطفال من سن ٦-١٨ سنة ، فإن السلوك العدواني الذي يحدث كجـزء مـن اضطراب التكيف لا ينبغي النظر إليه وفق هذا التشخيص .

ملاحظـة : هـذا التـشخيص يمكـن أن يـتم بالإضـافة إلى تـشخيص اضـطراب السلوك ، بخلل التحدي الاعتراضي ، أو طيف التوحد ، وعنـدما تتفجـر العدوانيـة ، والتسرع المتكرر ، والتي تتجاوز عادة ما ينظر إليه في هـذه الاضـطرابات كـأمر ا جـدير بالاهتمام السريري المستقل .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يمثل التسرع (أو بناء الغضب) نوبات عدوانية وتتميز بالخلل الانفعالي المتقطع، كما تتصف ببداية سريعة ، أما الفترة الأولى من النوبة فعادة ، ما تكون قليلة أو معدومة .

أما آخر النوبات فعادة لأتقل عن ٣٠ دقيقة ، ويحدث فيها عادة استجابة لاستفزاز طفيف من خلال آخرين . كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب انفجاري متقطع ، غالباً ما تكون أقل حدة من النوبات اللفظية ، التدميرية ، وقد تشمل الاعتداء الجسدي فيما بين الحلقات المدمرة التهجمي الأكثر شدة (A2) .

معيار التعرف (A1) المتكررة (أي مرتين أسبوعيا في المتوسط ، لمدة ٣ أشهر) كما تتميز النوبات العدوانية بنوبات الغضب ، وخطب ، وحجج لفظية أو مشاجرات ، أو الاعتداء دون إحداث أضرار ، ودون وقوع إصابات للحيوانات أو لأشخاص آخرين .

ويحدد المعيار A2 ندرة تلك الحالات (أي ثلاثة على مدار سنة واحدة) كما تتميز النوبات العدوانية بالتسرع عن طريق المصحوب بإتلاف أو تدمير ، بغض النظر عن قيمته المادية ، أو عن طريق اعتداء ، أو ضرب ، أو غير ذلك مما قد يتسبب في إصابات جسدية لحيوان أو لفرد آخر .

وبغض النظر عن طبيعة الفورة العدوانية ، والتسرع ، أما الميزة الأساس للخلل الانفعالي المتقطع فهو الفشل في السيطرة على السلوك العدواني ، والتسرع في الاستجابة الذاتية للاستفزاز من ذوي الخبرة (أي بسبب الضغوطات النفسية والاجتماعية) والتي لا تؤدي عادة إلى فورة عدوانية (B) . أو إلى تفجر العدوانية ، المرتبطة بالتسرع عموما أو بناء الغضب ، بدلا من العمد (C) وترتبط الحالة مع الشدة البالغة أو باعتلال في الوظيفة النفسية (D) . ولا ينبغى أن يتم التشخيص بناءً على الخلل الانفعالي المتقطع للأفراد الذين تقل أعمارهم عن (٦ سنوات) أو على المستوى التنموي المعادل له (E) ولا مع الأفراد الذين يعانوا بنوبات عدوانية بصورة أوضح أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (F) .

كما لا ينبغي أن يعطى التشخيص المتقطع للخلل الانفعالي ، للأفراد مع تقلبات اضطراب المزاج التخريبي ، أو مع الأفراد الذين يتسموا بالتسرع العدواني المتفجر ، والذى يُعزى إلى حالة طبية أخرى ، أو إلى الآثار الفسيولوجية للمادة (F) . بالإضافة إلى ذلك ، يجب على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (٦-١٨) سنة ، ألا يحصلوا على هذا التشخيص / إذا كانوا يعانون بالتسرع العدواني ، والذى يسهم فى حدوث نوبات في سياق اضطراب التكيف (F) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis ؛

ترتبط اضطرابات المزاج (القطب الواحد) ، واضطرابات القلق ، واضطرابات تعاطي المخدرات مع الخلل الانفعالي المتقطع ، وذلك على الرغم من ظهور هذه الاضطرابات عادة في وقت لاحق من ذلك الاضطراب الانفعالي المتقطع .

معدل الانتشار Prevalence ؛

بيانات معدل الانتشار لعام واحد للخلل الانفعالي المتقطع في الولايات المتحدة حوالي ٢,٧ ٪ ، كما يعد الخلل الانفعالي المتقطع من أكثر معدلات الانتشار بين الأفراد الأصغر سنا (على سبيل المثال ، الذين تقل أعمارهم عن ٣٥-٤٠ سنة) ، مقارنة مع الأفراد الأكبر سنا (أكبر من ٥٠ عاما) ، أو مع الأشخاص من ذوي التعليم الثانوي أو أقل .

دورة التنمية Development and Course ؛

البداية المتكررة له تتمثل فى : مشاكل السلوك العدواني ، والتسرع وهو الأكثر شيوعاً في أواخر مرحلة الطفولة أو المراهقة ، ونادرا ما يبدأ لأول مرة بعد سن ٤٠ عاما . أما جوهر ملامح الخلل الانفعالي المتقطع ، فتتصف عادة ، بالاستمرار والتواصل لسنوات عديدة .

وقد يكون مسار الخلل عرضيا ، مع فترات متكررة من التسرع ، والعدوانية المتفجرة . ويظهر الخلل الانفعالي المتقطع ، بصورة مزمنة ومستمرة ، وذلك على مدى سنوات عديدة . ومن الشائع جدا بغض النظر عن وجود أو عدم وجود اضطراب نقص الانتباه (ADHD) أو التخريبية ، بأن يترافق اضطراب الخلل الانفعالي المتقطع مع

اضطرابات أخرى (على سبيل المثال ، اضطراب السلوك ، واضطراب خلل التحدي الاعتراضي) .

الخطر والعوامل المنذرة Risic and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : يرتبط مع الأفراد الذين لديهم تاريخ من الصدمات الجسدية والعاطفية خلال العقدين الأولين من الحياة ، لذا فهم في خطر متزايد للتعرض للاضطراب الانفجاري المتقطع .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : يرتبط بالأقارب من الدرجة الأولى ، حتى الدرجة الخامسة ، والذين قد يكونوا في خطر متزايد من حدوث اضطراب الخلل الانفعالي المتقطع ، وقد أثبتت دراسات التوائم تأثير كبير للعامل الوراثي / في العدوان والتسرع . ويوفر دعم البحوث العصبية ، بوجود تشوهات هرمون السيروتونين ، في الدماغ وذلك على الصعيد العالمي ، وتحديدا في مناطق من الجهاز الحوفي (الحزامية الأمامية) والقشرة الأمامية المدارية في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب انفجاري متقطع . أما ردود الفعل على المحفزات والغضب ، أو أثناء وظيفية المسح بالتصوير بالرنين المغناطيسي ، هو ما ثبت بأن أكبر نسب الفحص للدماغ وجدت في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب انفجاري متقطع / بالمقارنة مع الأفراد الأصحاء .

تشخيص القضايا ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic Issues :

ينخفض معدل انتشار الاضطراب الانفجاري المتقطع في بعض المناطق (الشرق / وشرق آسيا) ودول (رومانيا ونيجيريا) وبالمقارنة مع الولايات المتحدة (كما يحدده معدى DSM-5) ، وتشيرالمعلومات حول المشاكل المتكررة ، والسلوكيات العدوانية ، والتسرع ، بهدف انتزاع - ما يعتقده أنه حق - وهو أقل إحتمالا أن يكون حاضرا ، وذلك بسبب العوامل الثقافية المتباينة .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين Gender-Related Diagnostic Issues:

ترى بعض الدراسات أن معدل انتشار الخلل الانفعالي المتقطع أكبر في الذكور / عنه لدى الإناث (نسبة الأرجحية = ١ ، ٤-٢ ، ٣) ، وقد وجدت دراسات أخرى تؤكد بعدم وجود فروق بين الجنسين .

الخلـل الانفعـالي الاجتمـاعي المتقطـع (علـى سـبيل المثـال ، فقـدان الأصـدقاء والأقارب ، وعدم الاستقرار العائلي) والمهني (على سبيل المثال ، تخفـيض ، أو فقـدان العمالة) والمالية (وعلى سبيل المثال ، بسبب قيمة الأشـياء المـدمرة) ، والقانونيـة (علـى سبيل المثال ، الدعاوى المدنيـة نتيجـة الـسلوك العـدواني ضـد شـخص أو ممتلكـات ؛ أو اتهامات جنائية بتهمة الاعتداء) وغالباً مـع مـشاكل تـصنع نتيجـة للخلـل الانفعـالي المتقطع .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

يجب أن لا يتم تشخيص الخلل الانفعـالي المتقطـع مـع معـايير (A1 أو A2) مـع ما يستوفى فقط خلال حلقة من اضطراب عقلي آخر (مثل الاكتئاب الشديد اضطراب ، والهوس الاكتئابي ، واضطراب ذهاني) ، أو عندما تفجر عدوانية التسرع ، والتى يمكـن أن تُعزى إلى حالة طبية أخرى ، أو إلى الآثار الفسيولوجية للمادة أو الدواء .

وهذا التشخيص أيضاً لا ينبغي أن يتخذ ، مع الأطفـال والمـراهقين الأعمـار(٦-١٨ سنة) وذلك عنـدما تحـدث نوبـات عدوانيـة التـسرع في سـياق اضـطراب التكيـف للأطفال والمراهقين . أما الأمثلة المتكررة الأخرى التي تمثل إشـكالية عدوانيـة التـسرع ، وقد لا يتم تشخيص نوبات الخلل الانفعالي المتقطع إذا شمل ما يلي :

إضطراب تقلبات المخاطر المزاجية : وعلى النقيض من الخلل الانفعالي المتقطـع ، يتميز اضطراب التقلبات المزاجية من قبل المزاج السلبي المستمر (أي ، التهيج والغـضب) لأكثر من يوم ، أو كل يوم تقريبا ، مع نوبات عدوانية التسرع .

أما تشخيص اضطراب تقلبات المخاطر المزاجية ، يمكن أن تعطى فقط عند البداية المتكررة له ، وذلك عند ظهـور مـشاكل ، نوبـات عدوانيـة التـسرع (قبـل سـن عـشرة أعوام) .

وأخيرا ، يجب أن لا يتم تشخيص اضطراب التقلبـات المزاجيـة لأول مـرة (بعـد سن ١٨) عاما ، حيث أن خلاف ذلك من تلك التشخيصات لا يجتمعان .

إضطراب الشخصية المعادي للمجتمع أو اضطراب الشخصية الحدية : الأفراد مع اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، واضطراب الشخصية الحدية /غالباً مـا يكونـوا عُرضه لتكرار إشكالية تفجر العدوانية والتسرع . ومـع ذلـك ، فـإن مـستوى العـدوان

والتسرع في الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع أو اضطراب الشخصية الحدية / هو أقل من ذلك في الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب الانفجاري المتقطع .

الهذيان : وهو اضطراب عصبي رئيس ، ويحدث تغير في الشخصية بسبب طبي آخر ، ويترافق مع نوع العدوانية .

أما تشخيص الخلل الانفعالي المتقطع فلا ينبغي أن يتم عندما يتم الحكم على تفجر الحالة العدوانية ، والتي يمكن أن تنجم عن الآثار الفسيولوجية ، أو نتيجة تشخيص حالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، إصابات الدماغ المرتبطة بتغيير في الشخصية ، والتي تتميز بنوبات عدوانية ؛ الصرع الجزئي المعقد) .

تشوهات غير محددة ناتجة عن الفحص العصبي (على سبيل المثال ، "علامات لينة") وكهربية غير محددة بالنسبة للتغييرات المتوافقة مع تشخيص الخلل الانفعالي المتقطع / وذلك ما لم يكن هناك تشخيص دقيق لحالة طبية ، يمكن أن تفسر على نحو أفضل من تفجر العدوانية والتسرع .

تسمم مادة الجوهر أو الإنسحاب : تشخيص اضطراب الخلل الانفعالي المتقطع ، لا ينبغي أن يتم عندما يرتبط دائما – أو تقريبا – بنوبات عدوانية التسرع مع التسمم أو مع الانسحاب (الأثر الذى يحدثه الإمتناع عن تناول تلك المادة) ومن المواد (على سبيل المثال ، الكحول ، فينسيكليدين ، الكوكايين والمنبهات الأخرى ، الباربيتورات ، المستنشقات) . ومع ذلك ، فعند وجود عدد كاف لحدوث نوبات من العدوانية التسرع / وأيضاً في غياب مادة أو التسمم ، أو الانسحاب ، فإن هذا ذلك جدير بالاهتمام السريري المستقل ، لتشخيص اضطراب الخلل الانفعالي المتقطع ، والاضطراب الانفجارى .

إضطراب نقص الانتباه ، واضطراب السلوك ، بخلل التحدي الاعتراضي ، أو اضطراب طيف التوحد : الأفراد مع أي من هذه الاضطرابات ، والتى قد تظهر في مرحلة الطفولة ، قد يحملوا تفجر العدوانية والتسرع .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الانتباه ADHD عادة ما يتصفوا بالتسرع ، ونتيجة لذلك ، فقد تظهر أيضاً نوبات عدوانية التسرع . بينما الأفراد مع اضطراب

السلوك يمكن أن يظهروا نوبات عدوانية التسرع ، كشكل من أشكال العدوان الذى يتميز بمعايير تشخيص استباقية وقاسية .

وعادة ما يتسم العدوان بخلل التحدي الاعتراضي / وذلك من قبل نوبات الغضب والحجج اللفظية مع رموز السلطة (الأب / الأم / المجتمع) ، في حين أن النوبات العدوانية والتسرع لفترات متقطعة ، مع الاضطراب المتفجر ، والذى ينتج عن استجابة لمجموعة واسعة من الاستفزاز والذى قد يشمل الاعتداء البدنى .

أما مستوى العدوان والتسرع ، في الأفراد الذين لديهم تاريخ من واحد أو أكثر ممن تم الإبلاغ عنه من هذه الاضطرابات / والتى تلبي أعراضه أيضاً الاضطراب المتقطع والمتفجر / وفقاً لمعايير الاضطراب من A إلى E . وبناء على ذلك ، إذا تم استيفاء المعايير من A إلى E أيضاً ، فإن النوبات عدوانية التسرع تبرر بصورة مستقلة الاهتمام السريري ، ويمكن معها إعطاء تشخيص اضطراب الخلل الانفعالي المتقطع .

الاعتلال المشترك Comorbidity ،

اضطرابات الاكتئاب واضطرابات القلق واضطرابات تعاطي المخدرات هي الحالة المرضية الأكثر شيوعاً مع الخلل الانفعالي المتقطع . بالإضافة إلى ذلك ، فإن الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب المعادي للمجتمع ، واضطراب في الشخصية ، أو اضطراب الشخصية الحدية ، كما أن الأفراد الذين لديهم تاريخ من اضطرابات مع السلوكيات التخريبية (على سبيل المثال ، اضطراب نقص الانتباه ADHD ، واضطراب السلوك ، واضطراب التحدي الاعتراضي) ، كما هم في خطر أكبر لاضطراب الخلل الانفعالي المتقطع .

اضطراب hالإدارة Conduct Disorder ،

معايير التشخيص Diagnostic Criteria ،

A. نمط متكرر ومستمرمن السلوك في ظل الحقوق الأساس للآخرين أو الرئيسة التى تنتهك المعايير أو القواعد الاجتماعية المناسبة للفئة العمرية ، وذلك من خلال وجود ثلاثة على الأقل من المعايير الـ (١٥) التالية في (١٢ شهرا الماضية) من الفئات أدناه ، مع معيار واحد على الأقل الموجود في ال ٦ أشهر الماضية .

الاعتداء على الناس والحيوانات :-

١. في كثير من الأحيان يقوم بتخويف ، وتهديد ، أو يخيف الآخرين .

٢. غالباً ما يبدأ العراك الجسدي .

٣. قد يستخدم سلاحا ، والذى يمكن أن يسبب الأذى الجسدي للآخرين (على سبيل المثال ، الخفافيش ، الطوب ، وزجاجة مكسورة ، سكين ، بندقية) .

٤. قد يحدث ضروب وآثار جسدية للأشخاص .

٥. قاسي وعنيف مع الحيوانات .

٦. السرقة حين يواجه الضحية (على سبيل المثال ، سطو ، ومال خطف والابتزاز والسطو المسلح) .

٧. إجبار الشخص على النشاط الجنسي .

٨. الانخرط عمداً في إشعال الحرائق مع نية التسبب في أضرار جسيمة .

٩. التدمير عمداً لممتلكات الآخرين (عدا من وضع النار) .

١٠. قد يقتحم منزل شخص آخر ، أو بناية ، أو سيارة .

١١.غالباً ما يتكمن من الحصول على السلع ، مع تجنب أية التزامات .

١٢. قد يسرق سلع ذات قيمة دون مواجهة الضحية (مثل السرقة من المتاجر ، ولكن من دون كسر، أو تزيف) .

١٣. يبقى (خارج المنزل) في كثير من الأحيان في الليل على الرغم من الحظر الوالدين ، تبدأ قبل سن ١٣ عاما .

١٤. قد يهرب من المنزل بين ليلة وضحاها على الأقل مرتين بعيداً عن والديه / أو لمرة واحدة دون العودة لفترة طويلة .

١٥. غالباً ما يتغيب عن المدرسة ، وتبدأ قبل (سن ١٣ عاما) .

B . اضطراب في السلوك / يسبب ضعف إكلينيكي هام في المجالات الاجتماعية والأكاديمية ، أو الأداء المهني .

C . إذا كان الفرد فى سن ١٨ سنة أو أكثر ، ولم يتم الوفاء بمعايير اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، مع تحديد ما إذا كان :

- فترة حدوثة (F91.1) : يظهر لدى الأفراد فى واحد على الأقل من سمات أعراض اضطراب السلوك قبل سن ١٠ عاما ، والذى يظهر أعراض مميزة لدى الأفراد .
- نوعية المراهقين (F91.2) الظهور من اضطراب السلوك قبل سن ١٠ عاما .
- غير محدد البداية (F91.9) : وفقاً لمعايير تشخيص اضطراب السلوك ، ولكن ليس هناك ما يكفي من المعلومات المتاحة لتحديد ما إذا كانت بداية تلك الأعراض الأولى (قبل أو بعد سن عشر سنوات) .

تحديد ما إذا كان :

ما كانت تقتصر العواطف الاجتماعية الإيجابي للتأهل لهذا السبب المحدد ، وتعكس هذه الخصائص نموذجية نمط سير الشخصية الفرد العاطفية ، والمسهمة لتقييم معايير محددة ، بناءً على معلومات مصادر متعددة وضرورية . بالإضافة إلى التقرير الذاتي للفرد ، ومن الضروري النظر في التقارير من قبل الآخرين الذين يعرفوا الفرد لفترات طويلة من الزمن (على سبيل المثال ، والآباء والمعلمين وزملاء العمل وأفراد الأسرة الممتدة ، والأقران) . ويجب أن تكون أعراض الفرد فى اثنين على الأقل من الخصائص التالية لأكثر من ١٢ أشهر على الأقل وذلك في العلاقات والإعدادات المتعددة ، ومنها :

عدم الندم أو الشعور بالذنب : لا يعتقد أنه مذنب ، ولم يفعل أية أخطاء (استبعاد الندم عندما يواجه العقاب فقط) . وقد يظهر الفرد نقص عام في القلق إزاء سلبية عواقب أفعاله . وعلى سبيل المثال ، لا يندم الفرد بعد الإساءة لشخص أو لا يهمه عواقب كسر القواعد .

عدم إدراكه للتعاطف : مع الإهمالات ، وغير المبالاة إزاء مشاعر الآخرين .

يوصف بالفردية وعدم الاكتراث : وقد يشعر الشخص بالقلق إزاء الآثار المترتبة على أفعاله على (نفسه / أو نفسها) ، بدلا من آثارها على الآخرين ، حتى عندما ينتج عنه ضرر كبير للآخرين .

غير مبال حول أدائه : لا يظهر قلقه إزاء إشكالية أدائه في المدرسة ، وفي العمل ، أو في الأنشطة الهامة الأخرى ، ولا يدفعه ذلك لبذل الجهد اللازم للأداء الجيد ،

وحتى عندما تكون التوقعات واضحة ، وعادة ما يلقي باللوم على الآخرين أو للأداء الضعيف .

ضحالة أو نقص التأثير : ولا يعبر عن المشاعر أو العواطف التى تظهر للآخرين ، إلا في الطرق التي تبدو ضحلة ، وغير صادقة ، أو سطحية (على سبيل المثال ، تعارض الإجراءات مع عرض العاطفة ؛ ويمكن أن تتحول العواطف "عليه " أو "خارجه " بسرعة) أو عندما تستخدم التعبيرات العاطفية لتحقيق مكاسب (على سبيل المثال ، عرض المشاعر للتلاعب أو ترهيب الآخرين) .

تحديد شدة الحالة : معتدل / قليل : إذا كانت هناك أي مشاكل سلوكية تتجاوز تلك المطلوبة لجعل التشخيص متاحاً ، وقد يسبب السلوك ضررا فى المشاكل الطفيفة التى تحدث نسبيا للآخرين (على سبيل المثال ، الكذب ، التغيب عن المدرسة ، والبقاء خارج المنزل بعد حلول الظلام دون إذن ، وغيرها من كسر القواعد) .

المعتدل : عدد المشاكل السلوكية وتأثيرها على الآخرين هي وسيطية بين تلك المحددة في "معتدل" وتلك الموجودة في "الشديد" (على سبيل المثال ، السرقة دون مواجهة الضحية ، والتخريب) .

شديد : كثير من المشاكل السلوكية التي تتجاوز تلك المطلوبة لإجراء التشخيص ، والمشاكل الحاضرة ، أو سلوك يسبب ضررا كثيراً للآخرين (على سبيل المثال ، الجنس القسري ، القسوة المادية ، واستخدام سلاح ، السرقة أثناء مواجهة الضحية ، وغيرها) .

وتقدم ثلاثة أنواع فرعية من اضطرابات السلوك على أساس العمر عند بداية الاضطراب : ويقدر ظهوره أكثر ، مع دقة المعلومات مع كل من الشباب ومن مقدمى الرعاية ؛ وغالباً ما ُتشير التقديرات ، في وقت لاحق لنحو (سنتان) من بدايته الفعلية .

ويمكن أن يحدث على حد سواء بصورة فرعية خفيفة / إلى معتدلة ، أو بشكل حاد : ويتم تعيينه لسلالة غير محددة الظهور ، وذلك عندما يكون هناك عدم كفاية المعلومات لتحديد بداية العمر .

ويبدأ الاضطراب السلوكى في مرحلة الطفولة ، وعادة ما يكون من الذكور ، وقد يقوم - في كثير من الأحيان - بالاعتداء الجسدي تجاه الآخرين ، وقد تضطرب

العلاقات مع الأنداد ، وربما يظهر لديهم اضطراب التحدي خلال مرحلة الطفولة المبكرة ، وعادة ما تلبى الأعراض المعايير الكاملة لاضطراب السلوك قبل سن البلوغ .

ويعانى العديد من الأطفال من هذا النوع الفرعي باضطراب الانتباه المتزامنة (ADHD) أو صعوبات العصبية النمائية الأخرى . كما أن الأفراد مع هذا النوع هم أكثر عرضة للإصابة المستمرة باضطراب السلوك حتى سن البلوغ ممن هم من تلك الأعراض من المراهقين . كما أن المقارنة مع الأفراد الذين يعانون من نوع أحداث الطفولة الصادمة ، ومع الأفراد المراهقين الذين يظهرون اضطراب السلوك هم أقل عرضة لعرض السلوكيات العدوانية ، والميل إلى أن تكون أكثر علاقاتهم مع الأقران سوية بصورة معيارية (على الرغم من أنها غالباً ما يعرضوا لمشاكل سلوكية مع الآخرين) . وهم أقل عرضة لاضطراب السلوك الذي لا يزال قائما مع هؤلاء الأفراد فى مرحلة البلوغ .

أما نسبة الذكور إلى الإناث الذين يعانون من اضطراب السلوك فهو أكثر توازنا بالنسبة لنوع المراهقين ، وبداية من مرحلة الطفولة ، حتى نوعية الحدوث .

المحددات Specifiers :

هناك أقلية من الأفراد ذوي اضطراب السلوك يعانوا من المشاعر الاجتماعية الإيجابي المحدودة . كما كما توجد مؤشرات محددة ، والتي غالباً ما توصف بأنها ذات صفات قاسية وغير عاطفية ، وذلك وفقاً لما ورد فى مجال البحوث . والمترافقة مع المميزات الشخصية الأخرى ، مثل السعي التشويق وعدم الخوف ، وعدم الاكترات بالعقوبة ، والتى ترتبط بذات الخصائص المحددة .

وقد توصف تلك الخصائص فى الأفراد الأكثر عرضة من غيرهم مع سلوك اضطراب المشاركة في العدوان ، والمخطط (مع سبق الإصرار) لتحقيق مكاسب .

كما أن الأفراد مع اضطراب السلوك أو أي مستوى من الشدة يمكن أن يكون لهم ذات الخصائص التي تؤهلهم لاضطراب محدد " مع المشاعر الاجتماعية الإيجابية المحدودة " وعلى الرغم من أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب محدد هم أكثر عرضة لظهور نوع من اضطراب الطفولة ، والمصنف بالمحدد ، أو الشديد .

وعلى الرغم من صحة تقرير التقييم بوجود اضطراب محدد ، فقد يتم دعم بعض السياقات البحثية مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك ، ومع هذا فقد لا تصنف بسهولة إلى الصفات السريرية . وبالتالي ، لا بد من تقييم معايير محددة ، وضرورية لمصادر المعلومات المتعددة . وتعكس المؤشرات المحددة الخصائص التي تعكس " نمط الفرد النموذجي " من العلاقات الشخصية والأداء العاطفي .

ومن المهم النظر في التقارير من قبل الآخرين الذين عرفوا الفرد لفترات طويلة من الزمن ، وعبر علاقاته مع الآخرين (على سبيل المثال : الآباء ، المعلمين وزملاء العمل وأفراد الأسرة الممتدة ، والأقران) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة الأساس من سمات اضطراب السلوك هو النمط المتكرر، والمستمر للسلوكيات التي تنتهك الحقوق الأساسية للآخرين ، أو المعايير المناسبة للفئة العمرية الكبرى المجتمعية أو القواعد وفقاً للمعيار (A) .

وتقع هذه السلوكيات فى أربع مجموعات رئيسية هي : السلوك العدواني التي يسبب أو يهدد بالأذى الجسدي للأشخاص أو الحيوانات (معايير A1- A7) والأخرى ؛ هى عدائية السلوك الذي يسبب فقدان الممتلكات أو الأضرار (معايير A8- A9)؛ ثم الغرور أو السرقة (معايير A10 -A12) ، وانتهاكات خطيرة للقواعد (A13- A15 معايير) .

وثلاثة أو أكثر من السلوكيات المميزة التى يجب أن تكون حاضرة خلال الأشهر (الـ ١٢ الماضية) مع ما لا يقل عن سلوك واحد موجود في (الـ ٦ أشهر الماضية) ، وقد يسبب اضطراب السلوك مشكلة إكلينيكية وضعف كبير في الأداء الاجتماعى والأكاديمي ، أو المهنية فى (المعيار B) .

ويوجد النمط السلوك عادة في مجموعة متنوعة من الإعدادات ، مثل المنزل أو في المدرسة ، أو في المجتمع . لأن الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك من المحتمل أن يقللوا من إجراء المشاكل ، ويجب أن يعتمد الطبيب - في كثير من الأحيان - على معلومات وفحوصات إضافية .

ومع ذلك ، فإن معرفة المشاكل المسئولة عن سلوك الفرد قد تكون محدودة ، إذا لم تتوفر معلومات غير كافية عن الفرد أو قد يخفى الفرد أعراض تلك السلوكيات .

وغالباً ما يشرع الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك / فى السلوك العدواني والرد بقوة على الآخرين . وقد يكشف ذلك عن العدوان ، أو التهديد ، أو التخويف (بما في ذلك البلطجة عبر الرسائل على شبكة الإنترنت ووسائل الإعلام الاجتماعية)؛ والبدء المتكرر لمعركة حقيقية (A2) ، واستخدام سلاح ، والذى يمكن أن يسبب أذى جسدي خطير (على سبيل المثال : الطوب ، وزجاجة مكسورة ، سكين ، بندقية) (A3)؛ والتى قد تكون قاسية جسديا للناس (A4) أو الحيوانات (A5) ؛ كما قد تتم السرقة أثناء مواجهة الضحية (على سبيل المثال ، سطو ، خطف ، إبتزاز ، وسطو مسلح (A6) ، أو بإجبار شخص في نشاط إجرامى (AT) . وقد يستغرق العنف الجسدي شكل الاغتصاب ، والاعتداء ، أو في حالات نادرة قد يمتد إلى القتل المتعمد ، وتدمير ممتلكات الآخرين ، والتى قد تشمل وضع النار عمدا بقصد التسبب بأضرار جسيمة (A8) أو التدمير المتعمد لممتلكات الآخرين بطرق أخرى غير مشروعة (على سبيل المثال ، تحطيم نوافذ السيارات ، تخريب ممتلكات المدرسة) (A9) . وأعمال أخرى قد تشمل الخداع أو السرقة ، أو اقتحام منزل شخص آخر ، أو سرقة سيارة (A10)؛ والكذب في كثير من الأحيان أو رفض سداد الديون أو التزامات (على سبيل المثال ، "خداع" أفراد آخرين) ، أو سرقة دون مواجهة الضحية (مثل السرقة والتزيف والاحتيال) (A12) .

ويمكن للأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك - في كثير من الأحيان- ارتكاب انتهاكات خطيرة للقواعد (على سبيل المثال ، فى المدرسة ، مع والدية ، وفى مكان العمل) .

أما الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك ، فغالباً ما يكون لديهم نمط مماثل ، يبدأ قبل سن ١٣ سنة ، مثل : البقاء خارج المنزل حتى وقت متأخر من الليل على الرغم من حظر الوالدين (A13) . وقد يظهر الأطفال أيضاً وجود نمط من الهروب من المنزل بين عشية وضحاها (A14) .

ويجب أن تحدث أعراض اضطراب السلوك ، مرتين على التوالي على الأقل (أو مرة واحدة فقط) . وقد تحدث تلك الحلقات كنتيجة مباشرة للاعتداء الجسدي أو الجنسي . أما الأطفال الذين يعانون من اضطراب السلوك فقد يتغيبوا عن المدرسة في كثير من الأحيان ، والتى يمكن أن تبدأ قبل سن ١٣ عاما (A15) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

يعانى الأفراد فى حالات غامضة ، من اضطراب السلوك العدواني ، وفي كثير من الأحيان ، تبدو نوايا الآخرين على أنها أكثر عدائية ومهددة ، ويتم اتخاذ الرد على العدوان ، ويعتقدوا بأن شعورهم العدائى معقول ومبرر ، أما شخصية الملامح الانفعالية السلبية ، وضبط النفس ، بما في ذلك الإحباط والتسامح ، والتهيج ، ونوبات الغضب ، والارتياب ، وعدم الاهتمام بالعقاب ، والتهور ، والتى كثيراً ما تتزامن مع اضطراب السلوك .

معدل الانتشار Prevalence :

تتراوح تقديرات معدل الانتشار السكاني لعام واحد من ٢٪ إلى أكثر من ١٠ ٪ ، مع متوسط من ٤ ٪ . كما أن معدل انتشار اضطراب السلوك قد يكون متسقاً إلى حد ما في مختلف البلدان التي تختلف في العرق . كما قد ترتفع معدلات الانتشار من الطفولة إلى المراهقة ، وهى أعلى بين الذكور / منها لدى الإناث .

التنمية والدورة Development and Course :

قد تحدث بداية الاضطراب السلوكى في وقت مبكر من سنوات ما قبل المدرسة ، ولكن أول الأعراض الهامة ، فهى عادة ما تظهر خلال مرحلة الطفولة المتوسطة ، أو من خلال المراهقة المتوسطة .

ويعد خلل التحدي الاعتراضي مقدمة مشتركة بين مرحلة الطفولة ، وبين نوع ظهور اضطراب السلوك . ويمكن أيضاً تشخيص اضطراب السلوك لدى البالغين ، ولكن أعراض اضطراب السلوك عادة ما تظهر في مرحلة الطفولة أو المراهقة ، مع ظهور نادر لها بعد سن ١٦ عاما .

ويتحدد مسار اضطراب السلوك بعد ظهور متغير معين في غالبية الأفراد قبل سن البلوغ . ولدى العديد من الأفراد مع سلوك الاضطراب وخاصة من بعض المراهقين ، وهم أقل اعتدالا لأعراض تحقيق التكيف الاجتماعى والمهني اللائق . ومع ذلك ، فإن النوع المبكر مع توقع تكهن أسوأ ، وزيادة خطر السلوك الإجرامي ، واضطراب السلوك ، والاضطرابات المرتبطة بمادة في مرحلة البلوغ .

كما أن الأفراد مع اضطراب السلوك ، في خطر لتطوير اضطرابات المزاج في وقت لاحق ، واضطرابات القلق ، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطرابات السيطرة على الانفعالات ، والاضطرابات النفسية ، وأعراض الاضطرابات الجسدية .

قد تختلف أعراض هذا الاضطراب مع تقدم العمر، كما قد يطور الفرد زيادة القوة البدنية والقدرات المعرفية ، والنضج الجنسي . أما السلوكيات الأولى التي تظهر تلك الأعراض فهى تميل إلى أن تكون أقل خطورة (على سبيل المثال ، الكذب ، السرقة) في حين أن إجراءات المشاكل التي قد تظهر بصورة مشاركة تميل إلى أن تكون أكثر شدة (على سبيل المثال ، الاغتصاب ، والسرقة أثناء مواجهة الضحية) . ومع ذلك ، هناك خلافات واسعة بين الأفراد ، مع بعض الانخراط في سلوكيات أكثر ضررا في سن مبكرة (والذي قد يتنبأ بما هو أسوأ) . أما عند الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك فى مرحلة البلوغ ، فإن الأعراض تتميز بالعدوان ، وتدمير الممتلكات ، والغرور ، وانتهاك القواعد ، بما في ذلك العنف ضد زملاء العمل ، والأزواج ، والأطفال ، وقد يتم عرض تلك السلوكيات في مكان العمل والمنزل ، وقد يرتبط مثل هذا السلوك باضطراب الشخصية المعادي للمجتمع .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : وتشمل عوامل المخاطر المزاجية ، والتى تشير الأدلة على أنها أقل من المتوسط .

المخاطر البيئية : وتتحدد عوامل الخطر على مستوى الأسرة الأبوية ، والرفض والإهمال ،غير المتناسقة بممارسات تربية الأطفال ، والانضباط القاسي ، والاعتداء الجسدي أو الجنسي ، والافتقار إلى الإشراف ، كما تُسهم التغييرات

المتكررة من مقدمي الرعاية (الأب / الأم) ، وحجم الأسرة الكبيرة ، وإجرام الوالدين ، وأنواع معينة من الأمراض النفسية الأسرية (مثل الاضطرابات المرتبطة بتناول مادة) .

كما تشمل عوامل الخطر المجتمعية مستوى رفض الأقران ، والتعاون مع مجموعة الأقران الجانحين ، والتعرض للعنف . وكلا النوعين من عوامل الخطر تميل إلى أن تكون أكثر شيوعاً وشدة بين الأفراد بنمط بداية اضطراب سلوك الطفولة .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : يتأثر اضطراب السلوك بالعوامل الوراثية والبيئية ، وتتم زيادة المخاطر لدى الأطفال - وراثياً - من أحد الوالدين أو بصفة بيولوجية . ويبدو أيضاً أن يكون هذا الاضطراب أكثر شيوعاً عند آباء الأطفال ، مع اضطراب شديد مع تعاطي الكحول ، واضطرابات الاكتئاب والهوس الاكتئابي ، أو الفصام أو تاريخ الوالدين مع اضطراب السلوك .

ويميز التاريخ العائلي بين الأفراد ولا سيما مع بداية اضطراب السلوك للأطفال ، كما لوحظ تباطؤ معدل نبضات القلب بشكل موثوق في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب السلوك / بالمقارنة مع ممن دون هذا الاضطراب ، وهذه العلامة ليست مميزة من أي اضطراب عقلي آخر .

كما يتميز الاضطراب بانخفاض تكييف الخوف اللاإرادي ، والموثق توثيقاً جيداً . ومع ذلك ، فإن هذه النتائج النفسية ليست تشخيصية لهذا الاضطراب .

أما الاختلافات الهيكلية والوظيفية في مناطق الدماغ ، والمرتبطة بتأثيرها على نظم تحكم الفرد والتي تؤثر على تجهيز الاتصالات ، ولا سيما المنطقة الجبهية للدماغ ، والتي تنطوي على قشرة الفص الجبهي البطني للدماغ ، كما لوحظ أن معدلات اضطراب السلوك هو أكثر عرضة للأفراد مع السلوكيات التي تلي استمرار معايير التأهل للمحدد الاجتماعي الإيجابي ، وتزداد المخاطر التي تجري مع الاضطراب المشترك الذي يحدث مع اضطراب الانتباه ADHD وتعاطي المخدرات .

تشخيص القضايا ذات صلة ثقافية Culture-Related Diagnostic Issues :

اضطراب السلوك التشخيصي - في بعض الأحيان- قد يكون من المحتمل الإساءة للأفراد من حيث أنماط من السلوك المضطرب شبه المعياري (على سبيل المثال ،

في الغاية المهددة للمناطق التي ترتفع فيها معدلات الجريمة) . وبالتالي ، فإن السياق غير المرغوب فيه قد يحدث تلك السلوكيات ينبغي النظر فيها .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين Gender-Related Diagnostic Issues :

الذكور مع تشخيص اضطراب السلوك كثيراً ما يسعوا إلى القتال ، والسرقة والتخريب ، مع مشاكل الانضباط المدرسي . أما الإناث مع تشخيص اضطراب السلوك ، فهم أكثر عرضة للكذب ، والتغيب عن المدرسة ، والهروب ، وتعاطي المخدرات ، وغيرها ، في حين أن الذكور يميلون لعرض كل من العدوان البدني والعدوان العلائقي (السلوك الذي يضر العلاقات الاجتماعية للآخرين) ، كما تميل الإناث إلى عرض نسبي أكثر للعدوان العلائقي .

العواقب الوظيفية من اضطراب السلوك : قد يؤدي اضطراب السلوكيات إلى الغياب المدرسي أو الطرد ، ومشاكل في تعديل العمل ، والصعوبات القانونية ، والأمراض المنقولة جنسيا ، والحمل غير المخطط له ، والإصابات الجسدية الناجمة عن حوادث أو مشاجرات .

وهذه المشاكل قد تحول دون الحضور في المدارس العادية أو للذين يعيشون في منزل الوالدين أو الحاضنة . وكثيراً ما يرتبط اضطراب السلوك مع البداية المبكرة للسلوك الجنسي ، وتعاطي الكحول ، وتدخين التبغ ، والاستخدام غير القانوني للمواد ، والتهور ، وأعمال المخاطرة . وتظهر معدلات الحوادث إلى أن تكون بنسبة أعلى بين الأفراد مع اضطراب السلوك ، مقارنة مع تلك السلوكيات دون اضطراب .

وهذه الوظيفية من عواقب اضطرابات السلوك ، والتى قد توقع الصعوبات الصحية عند الأفراد فى مرحلة منتصف العمر . وليس من غير المألوف بالنسبة للأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك أن تتلامس مع نظم العدالة الجنائية من أجل الانخراط في سلوك غير قانوني .

وكثيراً ما يتم تشخيص اضطراب السلوك بالسبب الشائع للإحالة والعلاج في العوامل الصحية والنفسية للأطفال ، وخاصة في ممارسة الطب الشرعي . ويرتبط ذلك مع انخفاض قيمة الذات ، والتى هى أشد من ذلك الحالات المزمنة ، والتي يعاني منها غيرهم من الأطفال المشار إليهم بصورة سريرية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

خلل التحدي الاعتراضي : واضطراب السلوك ، واضطراب التحدي الاعتراضي هي سواء ، وذات الصلة بالأعراض التي تجلب للفرد الصراع مع الكبار ، أو مع سلطة أخرى (على سبيل المثال ، الآباء والمعلمين ومشرفي العمل) . أما سلوكيات المعارضة بخلل التحدي ، فهى ذات طابع أقل حدة من تلك التى ترتبط بالأفراد مع اضطراب السلوك ، ولا تشمل العدوان تجاه الأفراد أو الحيوانات ، أو تدمير الملكية ، أو وجود نمط من السرقة أو الخداع .

وعلاوة على ذلك ، يتضمن خلل التحدي الاعتراضي ، ومشاكل التقلبات العاطفية (أي مزاج غاضب وسريع الانفعال) والتي لم يتم تضمينها في تعريف اضطراب السلوك . وعندما يتم استيفاء المعايير لكل من سلوك خلل التحدي ، واضطرابات السلوك ، عندها يمكن أن يفرق بين كل التشخيصات .

اضطراب نقص الانتباه : على الرغم من أن الأطفال الذين يعانون من ظهور السلوك المفرط والتسرع الذى قد يكون مدمراً ، وهذا السلوك لا يعبر في حد ذاته عن انتهاك المعايير الاجتماعية ، أوضد حقوق الآخرين ، وبالتالي عادة لا يستوفي معايير اضطراب السلوك . وعندما يتم إستيفاء المعايير لكل من اضطرابات السلوك ، على حد سواء ، وينبغي معها ترك التشخيصات الأخرى .

الاكتئاب واضطرابات القطبين : ويشمل التهيج ، والعدوان ، والمشاكل السلوكية ، والذى يمكن أن يحدث في الأطفال أو المراهقين ، من الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي الرئيس ، والاضطراب الثنائي القطب ، أو اضطراب تقلبات المخاطر المزاجية .

وعادة ما يتم تمييز اضطرابات المزاج تمييزها / عن نمط من مشاكل السلوك ، والتي تستند على اضطراب السلوك استنادا إلى مسارها . وعلى وجه التحديد ، فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب السلوك ، هم أكثر عرضه لمستويات كبيرة من المشاكل السلوكية العدوانية ، أو غير العدوانية من خلال الفترات التي يوجد فيها أي اضطراب للمزاج ، وإما تاريخيا (أي تاريخ من سلوك المشكلات التي سبقت ظهور اضطراب المزاج) أو بشكل متزامن (أي عرض بعض المشاكل السلوكية التي سبق

الإصرار عليها ، ولا تحدث خلال فترات مكثفة من الإثارة العاطفية) . وفي تلك الحالات التي تستوفى معايير اضطراب السلوك واضطراب المزاج التى يتم الوفاء بها ، والتى يمكن أن تعطى كل من التشخيصات المحددة للاضطراب .

الخلل الانفعالي المتقطع : ويتصل بكل من اضطراب السلوك والاضطراب الإنفجاري المتقطع ، والذى ينطوي على معدلات عالية من العدوان . ومع ذلك ، فإن العدوان لدى هؤلاء الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب المتفجر المتقطع ، والذى يقتصر على العدوان ، وعدم التسرع ، ولا يلتزم ذلك من أجل تحقيق بعض الأهدف الملموسة (مثل المال والسلطة والترهيب) .

كذلك ، فإن تعريف الخلل الانفعالي المتقطع لا يتضمن أعراض عدائية لاضطراب السلوك ، وإذا تم استيفاء المعايير لكل من الاضطرابات والتشخيص ، فينبغي اتخاذ الخلل الانفعالي المتقطع فقط عندما يكون التسرع المتكرر ، وتفجر العدوانية تستدعي إهتماماً سريرياً مستقلاً .

اضطرابات التكيف : تشخيص اضطراب التكيف (مع اضطراب السلوك أو مع الاضطراب المختلط من المشاعر والسلوك) ينبغي النظر إليه إكلينيكيا / مع مشاكل السلوك الهامة والتي لا تلبي معايير محددة لاضطراب آخر ، أو مع تطوير ارتباط واضح مع بداية ظهور الضغوطات النفسية والاجتماعية في غضون ٦ أشهر من انتهاء الضغوطات (أو عواقبها) . ويتم تشخيص اضطراب السلوك فقط عندما تمثل مشاكل السلوك نمطاً متكرراً ومستمراً ، والتي ترتبط بانخفاض في الأداء الاجتماعى والأكاديمي ، أو المهني .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

خلل التحدي الاعتراضي على حد سواء / هو الأكثر شيوعاً في الأشخاص الذين يعانون من الاضطراب السلوكى ، وهذا العرض المرضي يتوقع أن يحمل نتائج أسوأ . أما الأفراد الذين يظهرون ملامح الشخصية المرتبطة باضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، فغالباً ما ينتهكوا الحقوق الأساس للآخرين ، أو انتهاك القواعد الرئيسة في العمر المناسب لهم ، ونتيجة لهذا النمط السلوكى ، والذى غالباً ما تجتمع معه معايير اضطراب السلوك .

وقد يشارك اضطراب السلوك أيضاً في حدوثه مع واحد أو أكثر من الاضطرابات النفسية التالية : اضطراب التعلم المحدد ، اضطرابات القلق ، واضطرابات الاكتئاب أو الهوس الاكتئابي ، والاضطرابات المتعلقة بالجوهر ، والإنجاز الأكاديمي ، لا سيما في القراءة والمهارات الكلامية الأخرى ، وغالباً ما يكونوا دون المستوى المتوقع على أساس السن ، وربما تبرر تشخيص إضافي من اضطراب التعلم المعين أو مع اضطراب الاتصالات .

يرتبط اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع بمعايير اضطراب السلوك ، وباضطرابات إدمان ، المخدرات ذات الصلة ، وكذلك المدرجة في فصل اضطرابات الشخصية .

اضطراب هوس الاحراق Pyromania :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F63.1) :

A . إشعال الحرائق المتعمدة والمقصودة في أكثر من مناسبة واحدة .

B . التوتر أو الإثارة العاطفية قبل الفعل .

C . سحر مصلحة يكتنفها الفضول ، أو جاذبية إشعال النار وسياقاته العرضية (على سبيل المثال ، أدواتها ، والاستخدامات ، والعواقب . .) .

D . متعة الإشباع أو الإغاثة عند إشعال الحرائق أو عند مشاهدة العواقب .

E . لا يتم إشعال النار للحصول على مكاسب مالية ، وإنما كتعبير عن الأيديولوجية الاجتماعية والسياسية ، لإخفاء النشاط الإجرامي ، للتعبير عن الغضب أو الانتقام ، أو لتحسين معيشة الفرد ، أو رداً على الوهم أو الهلوسة ، أو نتيجة لضعف التحكم الذاتي (على سبيل المثال ، في الاضطراب العصبي الرئيسي ، والإعاقة الفكرية [اضطراب التنموية الفكرية] ، أو التسمم بمادة معينة) .

F . لا يفسر الإعداد لإشعال النار بصورة أفضل إلا من خلال اضطراب السلوك ، أو من نوبة جنون ، أو من خلال اضطراب في الشخصية المعادي للمجتمع .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

ميزة أساس من هوس الحرائق هى وجود حلقات متعددة ، ومتعمدة من إشعال النار .

(A) يعاني الأفراد من هذا الاضطراب تجربة التوتر العاطفي ، والإثارة قبل وضع النار.

(B) . هناك الانبهار ، والفضول حول جاذبية إشعال النار وسياقاته العرضية (على سبيل المثال ، أدواتها ، وعواقبها) .

(C) . الأفراد يعانون من هذا الاضطراب غالباً ما يكونوا "مشاهدين" عاديين للحرائق ، وقد يطلقوا إنذارات كاذبة ، وقد يقضون الوقت في إدارة الأطفاء المحلية ، وتعيين الحرائق التي تخص إدارة مكافحة الحرائق ، أو حتى يودوا لو كانوا رجال إطفاء . ويعيش الأفراد مع هذه التجربة اضطراب المتعة ، أومتطلبات الإغاثة عند إشعال النار ، ومشاهدة آثاره ، أو المشاركة في عواقبها .

(D) . الإعداد لإشعال النار والقيام به لا يتم لتحقيق مكاسب مالية ، وإنما كتعبير عن الأيديولوجية الاجتماعية والسياسية ، أو لإخفاء النشاط الإجرامي ، للتعبير عن الغضب أو الانتقام ، أو لتحسين الظروف المعيشية ، أو استجابة إلى الوهم أو الهلوسة .

(E) . الإعداد لإشعال النار لا ينجم عن اختلال التحكم الذاتي (على سبيل المثال ، في الاضطرابات العصبية الكبرى أو الإعاقة الذهنية [اضطراب التنموية الفكرية]) .

(F) . لا يتم التشخيص إذا تم شرح وضعية إشعال النار ، بصورة أفضل من خلال اضطرابات السلوك ، أو نوبة جنون ، أو اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد مع هوس الحرائق قد يقوموا بالإعداد المسبق لبدء إشعال النار . وقد يكونوا غير مبالين بالعواقب على الحياة أو الممتلكات الناجمة عن الحريق ، أو قد يصلوا إلى درجة من الارتياح لتدمير الممتلكات الناتجة عن ذلك . يجوز لتلك السلوكيات أن تؤدي إلى أضرار في الممتلكات ، إضافة إلى التبعات القانونية ، أو الإصابة أو إلى خسائر في الأرواح . الأفراد الذين يتعاملوا باندفاع مع الحرائق (قد يكون لديهم / أو لا يكون لديهم هوس الحرائق) إلا أنه وفي كثير من الأحيان لديهم تاريخ حالي أو ماضي من اضطراب تعاطي الكحول .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار من هوس الحرائق غير معروف . معدل انتشار هوس الحرائق ، غير كافي للتشخيص في حد ذاته ، وتم الإبلاغ عن ١,١٣ ٪ في عينة السكان ، أما أكثر الأمراض الشائعة والمصاحبة له هي : اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، واضطراب تعاطي المخدرات ، والهوس الاكتئابي ، والمقامرة المرضية (اضطراب المقامرة) . في المقابل ، يعد هوس الحرائق بمثابة التشخيص الأولي ، والذى يبدو أن يكون نادراً جدا ، وذلك لدى عينة من الأشخاص تمارس اتخاذ النار المتكرر ، وتصل نسبة ٣,٣٪ فقط مع الأعراض التي تستوفى المعايير الكاملة لهوس الحرائق .

التنمية والدورة Development and Course :

هناك بيانات كافية لتحديد سن نموذجية في بداية هوس الحرائق . توجد علاقة بين الإعداد لإشعال النار الذى تم توثيقها في مرحلة الطفولة وبين هوس الحرائق في مرحلة البلوغ . وذلك للأفراد الذين يعانون من هوس الحرائق وحوادث إضرام النار . وعلى الرغم من أن الإعداد لإشعال الحرائق يمثل مشكلة كبرى للأطفال والمراهقين (أكثر من ٤٠ ٪ من الذين ألقي القبض عليهم لارتكابهم جرائم الحرق العمد في الولايات المتحدة هم أقل من ١٨ سنة) ، كما يبدو أن هوس الحرائق قد يكون نادراً في مرحلة الطفولة . والذى عادة ما يرتبط مع اضطراب السلوك ، ونقص الانتباه ، واضطراب فرط النشاط ، واضطراب التكيف .

تشخيص القضايا المتعلقة بنوع الجنس Gender-Related Diagnostic issues :

هوس الحرائق يحدث أكثر من ذلك بكثير في كثير من الأحيان في الذكور ، وخاصة أولئك الذين لديهم المهارات الاجتماعية الفقيرة أو صعوبات فى التعلم .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الأسباب الأخرى لإشعال الحرائق المتعمدة : من المهم استبعاد الأسباب الأخرى لإطلاق النار وضع قبل إعطاء تشخيص هوس الحرائق . قد يحدث إشعال الحرائق المتعمدة للأرباح والتخريب ، أو الانتقام ؛ لإخفاء جريمة؛ (على سبيل المثال ، كعمل انتقامى) ، أو لجذب الانتباه أو الاعتراف ، وقد يحدث الإعداد لإشعال النار أيضاً

كجزء من التجارب التنموية في مرحلة الطفولة (على سبيل المثال ، لعب الأطفال مع أعواد الثقاب والقداحات ، أو النار) .

الاضطرابات النفسية الأخرى :

لا تُعطى تشخيص منفصل من هوس الحرائق عند وضع النار ، كجزء من اضطراب السلوك ، أو نوبة جنون ، أو اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، وقد يحدث ذلك كرد فعل على الوهم أو الهلوسة (على سبيل المثال ، في مرض الفصام) أو يعزى إلى الآثار الفسيولوجية لحالة طبية أخرى (على سبيل المثال ، الصرع) . وينبغي أيضاً ألا يتم تشخيص هوس الحرائق عند ظهور نتائج إشعال النار ، فقد يعود إلى ضعف الحكم المرتبط باضطراب عصبي كبير ، أو إلى الإعاقة الذهنية ، أو إلى مادة تسمم .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يبدو أن هناك ارتفاع يشارك في حدوث اضطرابات تعاطي المخدرات ، واضطراب القمار ، والاكتئاب واضطرابات القطبين ، وغيرها من الاضطرابات المدمرة ، والسيطرة على الانفعالات ، أو مع سلوك هوس الحرائق .

اضطراب هوس السرقة Kleptomania :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F63.3) :

A . هوس السرقة المتكرر لمقاومة دوافع سرقة أشياء قليلة ، ولا تمثل حاجة لأغراضه الشخصية ، أو لضعف قيمتها النقدية .

B . زيادة الشعور بالتوتر على الفور قبل ارتكاب السرقة .

C . متعة الإشباع أو الإغاثة في وقت ارتكاب السرقة .

D . قد تُعبر السرقة عن الغضب أو الانتقام ، وليس استجابة إلى الوهم أو الهلوسة .

E . لا يتم شرح السرقة من خلال اضطراب السلوك ، أو نوبة جنون ، أو المعادي للمجتمع ، أو من خلال اضطراب الشخصية .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

ميزة أساسة من هوس السرقة هو الفشل المتكرر لمقاومة الدوافع لسرقة سلع حتى وإن لم تكن هناك حاجة إليها للاستخدام الشخصي أو لقيمتها النقدية :

(A) . قد يواجه الفرد ارتفاع شعوره الشخصي وصولاً إلى توتر ما قبل السرقة .

(B) . قد يشعر الفرد السرور والإشباع ، أو الإغاثة عند ارتكاب السرقة .

(C) . السرقة لا ترتبط بالتعبير عن الغضب أو الانتقام ، كما لا يتم ذلك ردا على الوهم أو الهلوسة .

(D) . قد تتضح من خلال اضطراب السلوك ، أو من نوبة جنون ، أو اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع .

(E) . سرقة الأشياء على الرغم من أنها هي عادة غير ذات قيمة تذكر للفرد ، الذي كان يمكن أن يدفع ثمنها (فى السوبر ماركت مثلاً) ، فعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب سوف يرفضون فورا السرقة عندما يتم إلقاء القبض عليهم (على سبيل المثال ، على مرأى ومسمع من ضابط الشرطة) ، وعادة ما تأخذ هذا النوع من السرقات بعين الاعتبار فرص الخوف .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد مع هوس السرقة عادة ما يحاولوا مقاومة الاندفاع للسرقة ، وهم يدركون أن الفعل هو خطأ ، لا معنى له . ويخشى الفرد في كثير من الأحيان القبض عليه وغالباً ما يشعر بالاكتئاب أو أنه مذنب .

أما المسارات العصبية له فترتبط بالإدمان السلوكي ، بما في ذلك تلك المرتبطة بالسيروتونين ، والدوبامين ، والنظم الأفيونية ، والتى يبدو أنها تلعب دوراً رئيساً في هوس السرقة كذلك .

معدل الانتشار Prevalence :

هوس السرقة يحدث في حوالي ٤ - ٢٤ ٪ من الأشخاص الذين قبض عليهم لسرقة المتاجر . معدل الانتشار في عموم السكان هي نادرة جدا ، وهى حوالي ٠,٣ ٪ - ٠,٦ ٪ . ويفوق الإناث عدد الذكور بنسبة ٣ : ١.

التنمية والدورة Development and Course :

العمر عند بداية هوس السرقة هو متغير ، ولكن غالباً ما يبدأ هذا الاضطراب في سن المراهقة . ومع ذلك ، قد يبدأ هذا الاضطراب في مرحلة الطفولة والمراهقة ، أو مرحلة البلوغ ، وفي حالات نادرة في أواخر مرحلة البلوغ . هناك معلومات منهجية القليل على مسار هوس السرقة ، ولكن وقد وصفت عبر ثلاث دورات نموذجية : متفرقة مع نوبات قصيرة ، وفترات طويلة مع تعافي منها ؛ وعرضية مع فترات طويلة من السرقة وفترات تعافي مزمنة مع بعض درجة من التذبذب ، وقد يستمر هذا الاضطراب لسنوات ، على الرغم من عدم وجود قناعات متعددة للسرقة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : لا توجد دراسات عن التاريخ العائلي عن هوس السرقة . ومع ذلك ، فإن الأقارب من الدرجة الأولى من الأفراد مع هوس السرقة قد يشكلوا أعلى معدلات الوسواس القهري من عامة السكان . ويبدو أيضاً أن هناك من تكون لديهم نسبة أعلى من اضطرابات تعاطي المخدرات ، بما في ذلك اضطراب تعاطي الكحول ، في أقارب الأفراد مع هوس السرقة مما هي عليه في عامة السكان .

العواقب الوظيفية من هوس السرقة :

قد يسبب هذا الاضطراب العواقب القانونية ، وقد يمس الأسرة ، والحالة الوظيفية للفرد ، إضافة إلى المشاكل والصعوبات الشخصية .

التشخيص التفاضلي Differentiai Diagnosis :

هوس السرقة ينبغي تمييزه عن الأفعال العادية من السرقة . حيث أن السرقة العادية (سواء المخطط لها أو المتسرعة) هي سلوك متعمد وبدافع من فائدتها للفرد ، أو لقيمتها النقدية . بعض الأفراد ، وخاصة المراهقين ، قد يجرؤ على السرقة أيضاً ، كعمل من أعمال التمرد ، أو على شكل حدث عابر . ولا يتم التشخيص إلا إذا كانت السمات الأخرى المميزة لهوس السرقة موجودة أيضاً . إلا أن هوس السرقة هو أمر نادر للغاية ، في حين أن السرقة بذاتها أمر شائع نسبيا .

التمارض : قد يشبه التمارض أعراض هوس السرقة ، وذلك لتجنب الملاحقة الجنائية . أما اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع واضطراب السلوك ، فيمكن تمييزه عن هوس السرقة من قبل النمط العام للسلوك المعادي للمجتمع .

نوبات الهوس ، والنوبات الذهانية ، والاضطراب العصبي الكبير : ينبغي تمييز هوس السرقة عن قصد أو عن غير قصد ، فالسرقة التي قد تحدث خلال نوبة جنون ، ردا على الأوهام أو الهلوسة (كما على سبيل المثال فى الفصام) ، أو نتيجة لاضطراب عصبي كبير .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

قد يترافق هوس السرقة مع اضطراب الشراء القهري ، وكذلك مع الاكتئاب واضطرابات القطبين (خاصة اضطرابات الاكتئاب الكبرى) ، واضطرابات القلق ، واضطرابات الأكل (ولا سيما الشره المرضي العصبي) ، واضطرابات الشخصية ، واضطرابات تعاطي المخدرات (وخاصة اضطراب الاستخدام الكحول) ، وغيرها من الاضطرابات المدمرة ، والسيطرة على الانفعالات ، والسلوكيات التخريبية الأخرى ، وفقد السيطرة على الاندفاع ، واضطراب السلوك (F91.8) وينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للاضطراب ، والسيطرة على الانفعالات ، واضطراب السلوك الذي يسبب ضائقة مهمة إكلينيكية ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من أداء المهام التى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من الاضطرابات التخريبية ، أو فقد السيطرة على الانفعالات ، والسلوك الذى لا يلبي معايير أي اضطراب محدد ، ويتم ذلك من خلال تسجيل " الحالات التخريبية المحددة ، مثل فقد السيطرة على الانفعالات ، واضطراب السلوك " المتبوعة بسبب محدد (على سبيل المثال ، " النوبات المتكررة من عدم الكفاية السلوكية ") . (F91.9)

وينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للاضطراب ، مثل فقد السيطرة على الانفعالات ، واضطراب السلوك الناتج عن ضائقة مهمة إكلينيكية أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من مهام الأداء التى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من الاضطرابات التخريبية ، والتى تتطلب إجراء تشخيص دقيق لها . مثل الاضطرابات غير التخريبية ، وفقد السيطرة على الانفعالات ، والسلوك

الذى يستخدم فئة اضطراب في الحالات التي لا يتوصل فيها الطبيب لتحديد سببها ، لعدم كفاية المعايير ، وتشمل العروض التي يوجد فيها معلومات غير كافية اتخاذ المزيد من التشخيص المحدد .



الفصل الرابع
الاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة
اضطرابات مادة ذات تأثير إدماني (مخدر)

الاضطرابات المتصلة بمادة ذات تأثير إدماني (مخدر) :
اضطرابات مادة ذات تأثير إدمانيSubstance-Related and Addictive Disorders،

تشمل اضطرابات المخدرات (عشر مسببات) منفصلة للمخدرات وهي : الكحول؛ الكافيين؛ القنب؛ المهلوسات (مع فئات منفصلة لفينسيكليدين والمهلوسات الأخرى)؛ مواد التنشقات؛ الأفيونيات؛ المهدئات ، المنومات ، ومزيلات القلق؛ المنشطات (المنشطات من نوع المواد والكوكايين ، والمنبهات الأخرى)؛ التبغ ، وغيرها من المواد (غير المعروفة) . هذه الفئات العشرة لا متميزة تماما . وجميع الأدوية التي تؤخذ بجرعة زائدة قد تؤدى إلى التنشيط المباشر المشترك لنظم التفاعل في المخ ، والتي تشارك في تعزيز السلوكيات والناتج من الذاكرة ، بدلا من تحقيق تفعيل نظام التفاعل من خلال السلوكيات التكيفية ، بتعاطي المخدرات يتم مباشرة تفعيل مسارات التعزيز ، والآليات الدوائية لكل فئة من العقاقير تنتج تعزيزًا مختلفًا ، ولكن هذه العقاقير عادة تفعِّل النظام وتنتج مشاعر السرور ، وغالباً ما يشار على أنه "عالية " . وعلاوة على ذلك يعانى الأفراد من مستويات أدنى من ضبط النفس ، والذي قد يعكس ضعف الآليات المثبطة للدماغ ، وقد يكون ميالا بشكل خاص لتطوير اضطرابات تعاطي المخدرات ، مما يوحي بأن جذور اضطرابات تعاطي المخدرات بالنسبة لبعض الأشخاص يمكن أن يشاهد في سلوكياتهم ، قبل فترة طويلة من بداية تعاطي المخدرات الفعلية نفسها .

بالإضافة إلى الاضطرابات المرتبطة بالجوهر ، وهذا الفصل يشمل أيضاً اضطراب القمار ، كدليل يعكس على أن سلوكيات القمار تفعل وفقاً لنظم مكافأة مماثلة لتلك التي يتم تفعيلها من خلال تعاطي المخدرات وإنتاج بعض الأعراض السلوكية التي تظهر مماثلة لتلك التي تنتجها الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة . وكذلك الأنماط

السلوكية المفرطة الأخرى ، مثل اللعب على الإنترنت ، كما تم وصفها ، ولكن البحث عن هذه ومتلازمات سلوكية أخرى أقل وضوحا . وبالتالي ، مجموعات من السلوكيات المتكررة ، وبعض أنواع الإدمان سلوكي المدى ، هذه الفئات الفرعية منها "إدمان الجنس" ، "ممارسة إدمان" أو "إدمان التسوق" ، ليست مدرجة في هذا الوقت لأن الوقت غير كاف لاستعراض الأقران والأدلة التي تثبت معايير التشخيص Diagnostic Criteria والوصف اللازمة لتشخيص وتحديد هذه السلوكيات كاضطرابات نفسية .

وتنقسم الاضطرابات التي تتصل بالمواد إلى مجموعتين : اضطرابات تعاطي المخدرات / والاضطرابات الناجمة عن تعاطى مادة . ويمكن تصنيف الشروط التالية كمادة ناجمة عن الإدمان مثل : التسمم ، والانسحاب ، وغيرها من المواد الأدوية النفسية التي تسببها الاضطرابات (اضطرابات نفسية واضطرابات القطبين ذات الصلة ، واضطرابات الاكتئاب ، اضطرابات القلق ، واضطرابات الوسواس القهري وذات الصلة ، اضطرابات النوم ، والخلل الجنسي ، الهذيان ، والاضطرابات العصبية) .

يبدأ المقطع الحالي مع مناقشة عامة من مجموعات المعايير لمادة استخدام الفوضى ، وتسمم المخدرات والانسحاب ، ومادة أخرى الاضطرابات النفسية ، والبعض منها على الأقل قابلة للتطبيق في جميع فئات المواد .

تعكس بعض الجوانب الفريدة من أصناف المواد (عشر موافقات) فى هذا الفصل ، ويتم تنظيم ما تبقى من الفصل من قبل فئة من العقاقير ، ويصف لهم الجوانب المميزة لتسهيل التشخيص التفريقي ، والمعايير الأخرى ، وتشمل الاضطرابات النفسية التي يسببها الدواء مع الاضطرابات التالية إلا أنهما يشتركان الظواهر (على سبيل المثال : اضطراب الاكتئاب الذي يسببه مادة الدواء في فصل "الاضطرابات الاكتئابية") . أما الفئات التشخيصية الواسعة ترتبط مع بعضها بمجموعة معينة من المواد المدرجة .

الاضطرابات المتصلة باستخدام مادة مخدرة Substance Use Disorders :

وهى اضطرابات تمثل سمة أساس من سمات اضطراب تعاطي المخدرات، والتى تتحدد بمجموعة من الاضطرابات المعرفية والسلوكية ، والأعراض الفسيولوجية التى تشير إلى أن الفرد يستمر فى استخدام مادة رغم مشاكل كبيرة جوهرية ، ويمكن تطبيق

تشخيص الاضطراب بسبب مادة باستخدام جميع الفئات العشرة المدرجة في هذا الفصل ما عدا الكافيين .

كما أن بعض الأعراض أقل بروزا ، وذلك لفئات معينة ، وفي حالات قليلة لا تنطبق كل الأعراض (على سبيل المثال : لا يتم تحديد أعراض الانسحاب لاضطراب استخدام فينسيكليدين ، وغيرها كاضطراب استخدام المهلوسات أو اضطراب استخدام مواد التنشق) ، ويعد التغيير الأساس في الدوائر الكهربائية في المخ سمة مهمة من اضطرابات تعاطي المخدرات وهي التي قد تستمر إلى ما بعد إزالة السموم ، ولا سيما في الأفراد الذين يعانون من اضطرابات شديدة . قد يكون تعرض الآثار السلوكية لهذه التغيرات في الدماغ في الانتكاسات المتكررة والمكثفة "حنين المخدرات" عندما يتعرض الأفراد للمؤثرات المتعلقة بالمخدرات . وهنا قد يترتب على آثار المخدرات نهج طويل الأجل للعلاج . وعموما ، يستند تشخيص اضطراب تعاطي المخدرات على أسلوب الحالة المرضية للسلوكيات المتعلقة باستخدام هذه المادة .

المعايير Standards :

المعيار **A** من المناسب استخدامه ، والذى يشتمل بضعف الجوانب الاجتماعية ، والاستخدام المحفوف بالمخاطر ، والمعايير الدوائية . إضافة إلى ضعف السيطرة على تعاطي المخدرات ، وهو المعيار الأول مع تجميع (المعايير ١-٤) . قد يأخذ الفرد هذه المادة بكميات أكبر أو لفترة أطول كان من المقصود أصلا .

(١) . يجوز للفرد التعبير عن الرغبة المستمرة في خفض أو تنظيم استخدام المواد المخدرة وقد يبذل جهودًا غير ناجحة ، أو متعددة لتقليل أو التوقف عن استخدامها .

(٢) . يجوز للأفراد إنفاق وقتاً كبيراً للحصول على جوهر المادة المستخدمة ، أو يتعافى من آثارها .

(٣) . في بعض حالات الاضطرابات الأكثر حدة من تعاطي المخدرات ، قد يطور فيها الفرد تلك الأنشطة كل يوم تقريبا ، والتى تدور حول الجوهر .

(٤) . يتجلى الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) مع الرغبة الشديدة لحث الدواء ، والذى قد يحدث في أي وقت ولكن من المرجح أن يتوفر في بيئته حيث يتم الحصول على المخدرات واستخدامها بسهولة .

وقد تبين أيضاً شغف يشتمل على تكييف كلاسيكي ، ويترافق مع تفعيل هياكل مكافأة محددة في الدماغ، مع حنين إذا وحث قوي على تناول الدواء ، بما يؤدى إلى عدم التفكير في أي شيء آخر سواه ، وفي كثير من الأحيان قد يستخدم كمقياس لنتائج العلاج ، والذى قد يكون إشارة من الانتكاس الوشيك .

انخفاض القيمة الاجتماعية : هي المجموعة الثانية من المعايير (معايير ٥-٧) . المادة المتكررة الاستخدام قد تؤدي إلى عدم الوفاء بالالتزامات دوراً رئيسياً في العمل ، المدرسة ، أو المنزل .

(٥) . يجوز للفرد مواصلة تعاطي المخدرات على الرغم من وجود المشاكل الاجتماعية المستمرة أو المتكررة أو الشخصية أو تسبب تفاقم آثار مادة .

(٦) . يمكن إعطاء الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو ترفيهية الهامة وتخفيضها بسبب استخدام مادة .

(٧) . قد ينسحب الفرد من الأسرة ، ومن الأنشطة والهوايات من أجل استخدام هذه المادة .

يوجد استخدام محفوف بالمخاطر للمادة هو التجمع الثالث من المعايير (معايير ٨-٩) . وقد يستغرق شكل تعاطي المخدرات المتكررة في الحالات التي تمثل خطراً جسدياً عليه .

(٨) . يجوز للفرد مواصلة تعاطي المخدرات على الرغم من وجود المعرفة المستمرة بالمشاكل الجسدية أو النفسية المتكررة ، والتي من المرجح أن تكون ناجمة عن تفاقم الحالة بسبب مادة مغينة .

(٩) . القضية الرئيس في تقييم هذا المعيار لا تنحصر فى وجود المشكلة ، وإنما فشل الفرد في الامتناع عن استخدام مادة رغم المشكلات المترتبة عليها .

المعايير الدوائية : وتشير إلى التجيمع النهائي (للمعايير ١٠ و١١) . التسامح Tolerance (١٠) ويشترط وجود جرعة زيادة ملحوظة من هذه المادة لتحقيق التأثير المطلوب ، أو الأثر الملحوظ عندما يتم استهلاك الجرعة المعتادة . وتتطور درجة التسامح بشكل كبير عبر مختلف الأفراد وكذلك عبر المواد التي قد تنطوي على مجموعة متنوعة من الآثار الجهاز العصبي المركزي . على سبيل المثال : التسامح Tolerance مع

الاكتئاب ، والجهاز التنفسي والتسامح Tolerance مع المسكنات والتنسيق الحركي ، والذى قد يؤدى إلى تطويره بمعدلات مختلفة .

واعتماداً على الجوهر : قد يكون من الصعب التسامح لتحديد التاريخ المرضى وحده ، إلا أن الاختبارات المعملية قد تكون مفيدة (على سبيل المثال : المستويات العالية للمادة في الدم إلى جانب أدلة قليلة من التسمم تشير إلى أن التسامح هو الأرجح) . كما يجب تمييز التسامح كما يجب تمييزها عن تقلب الفردية في الحساسية الأولية لآثار مواد معينة . على سبيل المثال : البعض الذين يشربون الكحول لأول مرة تظهر أدلة قليلة جداً من التسمم مع ثلاثة أو أربعة مشروبات ، في حين أن البعض الآخر وقد يدعم الوزن والشرب تاريخها .

انسحاب : المتلازمة رقم (١١) وتحدث عند حدوث تركيزات الدم أو الأنسجة / والمترافق مع انخفاض فى المادة التى يتناولها الفرد، والتى حافظت على الاستخدام الكثيف لفترة طويلة من المادة .

وبعد ظهور أعراض الانسحاب ، ومن المرجح أن يتم تخفيف الأعراض المصاحبة .

وتختلف أعراض الانسحاب اختلافا كبيرا في جميع أنحاء العالم ، حيث يتم توفير أصناف من المواد ، ومجموعات معايير منفصلة للانسحاب من مختلف أنواع المخدرات .

أما العلامات الفسيولوجية الملحوظة لقياس درجة الانسحاب ، فهي تشترك مع تعاطى الكحول ، والمواد الأفيونية ، والمهدئات ، المنومات ، ومزيلات القلق الأخرى .

أما انسحاب العلامات والأعراض مع المنشطات (الأمفيتامينات والكوكايين) ، وكذلك التبغ والقنب ، غالباً ما تكون موجودة ولكنها قد تكون أقل وضوحا . لم يكن انسحاب كبير وثقت في البشر بعد الاستخدام المتكررة لل فينسيكليدين ، المهلوسات الأخرى ، ومواد التنشقات ؛ وبالتالي ، لا يتم تضمين هذا المعيار ل هذه المواد . لا تسامح ولا الانسحاب هو ضروري لتشخيص اضطراب تعاطي المخدرات . ومع ذلك ، بالنسبة لمعظم فصول من المواد ، والتاريخ المرضى السابق عن الانسحاب يرتبط مع أكثر شدة السريرية بالطبع (أي التعرض المبكر للاضطراب تعاطي المخدرات ، مستويات أعلى من تناول المواد المخدرة ، وعدد أكبر من المشاكل المتعلقة مادة) .

أعراض الانسحاب والتسامح **Tolerance** : والذى يحدث أثناء العلاج الطبي المناسب مع الأدوية الموصوفة (على سبيل المثال ، والمسكنات الأفيونية ، والمهدئات ، والمنشطات) هي على وجه التحديد لا تحسب عند تشخيص اضطراب تعاطي المخدرات . مظهر طبيعي ، يتوقع التسامح Tolerance الدوائي ، كما قد يحدث انسحاب أثناء العلاج الطبي ، والذى يمكن أن يؤدي إلى تشخيص خاطئ من " الإدمان" حتى عندما تكون هذه كانت الأعراض فقط هي الحالية . كما قد يعانى الأفراد من تلك الأعراض التي تحدث نتيجة للعلاج الطبي (أي التسامح والانسحاب كجزء من الرعاية الطبية عندما يتم أخذ الأدوية على النحو المنصوص عليه) ولا ينبغي أن يتم الحصول فقط على التشخيص على أساس هذه الأعراض . ومع ذلك ، فإن الأدوية والوصفات الطبية يمكن استخدامها في غير موضعها ، ويمكن بها تشخيص اضطراب تعاطي المخدرات بشكل صحيح عندما تكون هناك أعراض أخرى من الوسواس القهري ، وسلوك التماس (الشغف لطلب) المخدرات .

محددي المواصفات Specifiers :

تحدث اضطرابات تعاطي المخدرات في مجموعة واسعة تتراوح من/ شديدة / إلى معتدلة / إلى حادة / استنادا على عدد من المعايير . كتقدير عام من الشدة ، ويعبر اضطراب تعاطي المخدرات البسيط عن وجود من (٢-٣) من الأعراض ، أما الأعراض المعتدلة فتصل ما بين (٤-٥) من الأعراض الشديدة من قبل ستة أو أكثر من الأعراض ، والتى قد تتغير درجة شدتها عبر مرور الزمن ، والذى ينعكس أيضاً من خلال تخفيضات أو زيادات في تواتر تناول جرعات من تعاطي المخدرات، وذلك وفقا لتقييم التقرير الفردى الخاص به ، أما تقرير الآخرين الذين هم على دراية وخبرة ، فيتم بملاحظات الطبيب وإجراء الإختبارات البيولوجية .

أما محددات المسار التالية مع ميزات محددة للمواصفات Specifiers والمتاحة أيضاً لاضطرابات تعاطي المخدرات فهى : " في وقت مبكر" / " في فترة مستمرة " / "على العلاج" / " في البيئة المسيطر عليها . " ويتم توفير تعاريف المعايير المجمعة فى كل منها .

إجراءات التسجيل لاستخدام اضطرابات المواد المخدرة :

يجب على الطبيب استخدام التعليمات المبرمجة التي تنطبق على فئة من المواد، والمسجلة باسم المادة المحددة . على سبيل المثال : ينبغي على الطبيب أن يسجل (F13.20) اضطراب معتدل مع استخدام البرازولام Alprazolam (بدلا من المسكنات المعتدلة ، والمنومة ، استخدام مزيل اضطراب القلق) أو (F15.10) اضطراب خفيفة باستخدام الميثامفيتامين (بدلا من اضطراب خفيف باستخدام المنشطات) .

وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال : المنشطات الابتدائية) ، والرمز المناسب" الآخر اضطراب مادة مستخدمة " وينبغي أن تستخدم إشارات المادة المحددة (على سبيل المثال : [F19.10] اضطراب خفيف باستخدام الستيرويد) . إذا كانت المادة التي تم استخدامه بصورة فردية غير معروفة ، فترمز لفئة " أخرى (غير معروفة) " وينبغي أن تستخدم (على سبيل المثال : [F19.20] لاضطراب شديد نتيجة استخدام مادة غير معروفة) . وإذا كانت المعايير مجتمعة مع أكثر من اضطراب تعاطي المخدرات ، فكلها يجب تشخيصها (على سبيل المثال : [FI 1.20] اضطراب شديد نتيجة تعاطي الهيروين؛ أو [F14.20] اضطراب تعاطي الكوكايين المعتدل) .

رمز ICD-I0-CM مناسباً أيضاً لاضطراب تعاطي المخدرات ، والذى يعتمد على ما إذا هناك اضطراب ناجم عن المادة المسببة للحالة المرضية (بما في ذلك التسمم والانسحاب) . وفي المثال أعلاه ، رمز التشخيص لاضطراب معتدل مع استخدام البرازولام F13.20 ، ويعكس الغياب الناجم عن اضطراب عقلي للحالة المرضية مع البرازولام . لأن ICD–10 –CM حدد رموز الاضطرابات الناجمة عن مادة تشير على حد سواء لوجود (أو غياب) وشدة اضطراب تعاطي المخدرات ، كما أن رموز ICD-10-CM لاضطرابات تعاطي المخدرات يمكن أن يستخدم فقط في حالة عدم وجود اضطراب ناجم عن المخدرات . كما يتم مراعاة رؤية الفرد مع المواد المحددة لأقسام ترميز المعلومات الإضافية .

ويلاحظ أن كلمة إدمان لا يتم تطبيقها كمصطلح تشخيصي في هذا التصنيف ، وذلك على الرغم من أنها شائعة الاستعمال الشائع في كثير من البلدان لوصف مشاكل حادة تتعلق بالاستخدام القهري والاعتيادي من المواد .

أما المصطلح الأكثر حيادية لاضطراب تعاطي المخدرات فهو يستخدم لوصف طائفة واسعة من الاضطراب ، من شكل حالة خفيفة / إلى شديدة / إلى إنتكاس مزمن مع تعاطي المخدرات القهري .

كما إن بعض الأطباء قد يستخدمون اختيار كلمة الإدمان لوصف العروض الأكثر تطرفا ، كما تم حذف كلمة " مسئول " من المصطلحات التشخيصية DSM-5 لاضطراب تعاطي المخدرات بسبب تعريفه غير المؤكد والذى قد يكون له دلالة سلبية محتملة .

اضطرابات ناتجة عن مادة Substance-Induced Disorders :

هذه الفئة تشمل الاضطرابات الناجمة عن مادة وتتضمن التسمم ، والانسحاب ، والمادة التي يسببها الدواء للاضطرابات النفسية الأخرى (على سبيل المثال : اضطراب بفعل مادة للذهان ، اضطراب الاكتئاب الناجم عن مادة) .

الانسحاب ومادة التسمم :

تضمين معايير التسمم بمادة ضمن أقسام مواد محددة فى هذا الفصل : الميزة الأساس هي تطوير عكسى لمتلازمة مواد محددة بسبب ابتلاعها ، كمادة للمعيار(A) .

أما التغييرات السريرية الهامة السلوكية أو النفسية فترتبط بالتسمم (على سبيل المثال : العداء ، عطوبية المزاج ، وضعف التحكم) ويعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية للجوهر على النظام العصبي المركزي وتطويره أثناء أو بعد فترة وجيزة من استخدام مادة المعيار (B) .

ولا تعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أوضح من خلال اضطراب عقلي آخر (المعيار D) . أو مع مادة تسمم مشتركة بين أولئك الذين لديهم اضطراب تعاطي للمخدرات ، ولا ما يحدث في الأفراد دون اضطراب تعاطي المخدرات ، ولا تنطبق هذه الفئة مع تدخين التبغ .

التغييرات الأكثر شيوعاً في التسمم : تنطوي على اضطرابات في الإدراك ، واليقظة ، الانتباه ، والتفكير ، والحكم ، والسلوك النفسي والسلوك بين الأشخاص . وهى إما قصيرة الأجل ، أو " حادة " وقد يكون التسمم أحد علامات وأعراض مختلفة

أو "مزمنة " نتيجة لحالة التسمم . وعلى سبيل المثال : قد تكون جرعات الكوكايين معتدلة فى البداية ، ولكن الانسحاب الاجتماعي قد يتطور إذا كانت هذه الجرعات تتم بشكل متكرر وأكثر خلال أيام أو أسابيع .

التسمم مصطلح أوسع ، وعندما يُستخدم بالمعنى الفسيولوجي نتيجة مادة مسكرة على النحو المحدد هنا فقد ينتج العديد من المواد الفسيولوجية أو النفسية ، وهذه التغييرات لا تمثل بالضرورة مشكلة . وعلى سبيل المثال : عدم انتظام دقات القلب للفرد من تعاطي المخدرات له تأثير فسيولوجي ، ولكن إذا كان هذا هو العرض الوحيد في غياب الإشكالية السلوكية ، فلن يطبق تشخيص التسمم . وقد تستمر الحالة في بعض الأحيان إلى ما بعد الوقت الذي يتم فيه كشف الجوهر في الجسم .

وقد يحدث هذا بصفة دائمة بسبب آثار الجهاز العصبي المركزي ، واستعادته ، والتي تأخذ وقت أطول للتخلص من هذه المادة . أما آثار هذه المادة / وعلى المدى الطويل من التسمم فيجب تمييزها عن الانسحاب (أي الأعراض التى بدأت ثم انخفضت في تركيزات الدم أو الأنسجة جراء تلك المادة) .

يتم تضمين معايير للانسحاب مادة ضمن أقسام مواد محددة من هذا الفصل . أما الميزة الأساس فهي تطوير الإشكالية السلوكية مع مواد محددة ، مع متتاليات فسيولوجية ومعرفية ، ويرجع ذلك إلى وقفها ، أو تخفيض ثقل تعاطي المخدرات لفترات طويلة (A) .

أما متلازمة المواد المحددة المسببة لضائقة مهمة أو ضعف سريري في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المهم مجالات عملها (C) . ولا تفسر الأعراض بسبب طبي آخر ،ولا تفسيرها بصورة أفضل وأفضل مع اضطراب عقلي آخر (المعيار D) . أما الانسحاب فهو عادة - وليس دائما - يرتبط مع اضطراب تعاطي المخدرات ،كما أن معظم الأفراد مع هذا الانسحاب فلديهم الرغبة في إعادة إدارة - مضمون معين للحد من استفحال تلك الأعراض .

آثر المخدرات فى إدارة المسار :

تدار المخدرات بامتصاص أسرع وأكثر كفاءة في مجرى الدم (على سبيل المثال : عن طريق الوريد ، والتدخين ، الأنف "الاستنشاق") وقد تسفر عن تسمم أكثر كثافة

وزيادة فى إحتمال تصاعد أسلوب استخدام المادة الرائدة إلى الانسحاب . وبالمثل ، فإنها أكثر عرضة من أبطاء مفعول المواد التى تتصرف بسرعة لإنتاج مواد التسمم فورا .

مدة تأثير المخدر Duration of Effects :

تضم هذه الفئة نفس المخدرات والمؤثرات قصيرة المفعول نسبياً ، إلى أن تكون أعلى بصورة محتملة لتطوير الانسحاب مع مدة أطول من العمل . ومع ذلك ، فقد تكون أطول مع مدة الانسحاب . كما أن نصف عمر المادة قد يوازي جوانب الانسحاب : مع أطول مدة عمل ، وكلما طال الوقت بين التوقف/ وبين ظهور أعراض الانسحاب ، عنده تحسب مدة الانسحاب . وبشكل عام ، كلما طالت فترة الانسحاب الحاد ، كلما قلت المتلازمة المكثفة .

الاستخدام المتعدد للمواد المخدرة Use of multiple Substances :

أسباب تسمم المخدرات والانسحاب غالباً ما ينطوي على العديد من المواد المستخدمة في وقت واحد أو بالتتابع . وفي هذه الحالات يجب أن يسجل التشخيص كل على حدة . أما الموجودات العملية المرتبطة بتحليل عينات الدم والبول ، والذى يمكن أن يساعد في تحديد المادة الأخيرة المستخدمة .

ومع ذلك ، فإن نتيجة الاختبار الإيجابية بالمختبر لا تشير في حد ذاتها إلى أن الفرد لديه أسلوب من تعاطي المخدرات ، والذى لا يلبي معايير اضطراب استخدام مادة محددة ، كما أن نتيجة الاختبارات السلبية لا تستبعد التشخيص في حد ذاته .

ويمكن أن تكون الاختبارات المعملية مفيدة في تحديد الانسحاب ، أما إذا كان الانسحاب فردي مع مادة غير معروفة ، فإن التحاليل المخبرية قد تساعد في تحديد المضمون ، ويمكن أيضاً أن تكون مفيدة في التفريق بين الانسحاب من الاضطرابات النفسية الأخرى ، بالإضافة إلى ذلك ، فإن الأداء الطبيعي يتم في وجود مستويات عالية في الدم من مادة تشير إلى التسامح .

دورة التنمية Development and CourseDevelopment and Course :

وتتم فى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (١٨-٢٤ سنة) ولديهم معدلات انتشار عالية نسبياً للاستخدام تقريبا لكل مادة تسمم ، وعادة ما يتصل الاضطراب

بالمواد الأولية ، والذى يبدأ في كثير من الأحيان في سن المراهقة ، ويمكن أن يحدث الانسحاب في أي سن طالما كانت المخدرات ذات الصلة تؤخذ بجرعات كافية على مدى فترة ممتدة من الزمن .

تسجيل إجراءات الانسحاب والتسمم :

يجب على الطبيب استخدام التعليمات البرمجية التي تنطبق على فئة من المواد ، ولكى يتم تسجيل اسم المادة المحددة . على سبيل المثال : ينبغي على الطبيب تسجيل (F13.239) لانسحاب سيكوباربيتال (بدلا من المسكنات ، المنومة ، أو مزيل القلق الانسحاب) (F15.129) وتسمم الميثامفيتامين (بدلا من تسمم المنشطات) . لاحظ أن رمز التشخيص المناسب مع دليل منظمة الصحة العالمية العاشر ICD-I0-CM يرى أن التسمم يعتمد على ما إذا كان هناك اضطراب مع تعاطي المخدرات للحالة المرضية . وفي هذه الحالة ، يرمز F15.129 الميثامفيتامين ويشير إلى وجود الحالة المرضية الخفيفة من اضطراب استخدام الميثامفيتامين .

أما إذا كان هناك اضطراب الحالة المرضية نتيجة استخدام الميتامفيتامين ، فإن رمز التشخيص هو F15.929. وتتطلب قواعد الترميز مع دليل منظمة الصحة العالمية العاشر ICD-I0-CM بأن جميع رموز الانسحاب تنطوي على الحالة المرضية المعتدلة / إلى اضطراب حاد مع استخدام تلك المادة في الحالة المذكورة أعلاه ، ويرمز الانسحاب من سيكوباربيتال (F13.239) بما يدل على وجود حالة مرضية من معتدلة / إلى حادة استخدام الفوضى جراء استخدام سيكوباربيتال . راجع ملاحظة ترميز التسمم مع مواد محددة ومتلازمات الانسحاب لخيارات الترميز الفعلي .

بالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال : المنشطات) ، المناسبة تكود " بالتسمم لمادة أخرى " وينبغي أن تستخدم بالإشارة إلى الجوهر المحدد (على سبيل المثال : [F19.929] التسمم النشط) . وإذا كانت المادة التي اتخذها الفرد غير معروفة ، كرمز لفئة أخرى (غير معروفة) وينبغي أن تستخدم (على سبيل المثال : [F19.929] مع مادة تسمم غير معروفة) . وإذا كانت هناك أعراض أو مشاكل مرتبطة لم يتم الوفاء بها مع مادة ولا تستوفى أية معايير من اضطرابات مواد محددة ، وغير

محددة ، ويمكن استخدام فئة (على سبيل المثال : [F12.99] اضطراب غير محدد متعلقة بالقنب) .

وكما ذكر أعلاه ، فإن الرموز ذات الصلة للمادة المخدرة في دليل تشخيص الأمراض ICD-I0-CM والذى يجمع بين اضطراب تعاطي المخدرات ، إلى جانب من جوانب الصورة السريرية والجانب الناجم عن مادة مجتمعة واحدة . وبالتالي ، إذا كان كل انسحاب للهيروين المعتدلة مع اضطراب تعاطي الهيروين ، والذى يعطى كود FI 1.23 لتغطية كل العروض . في ICD-9-CM ، أما رموز التشخيص المنفصلة فتعطى للإشارة إلى الانسحاب ، وإلى اضطراب تعاطي الهيروين المعتدل على التوالي .

الاضطرابات العقلية المستحثة لدواء مادة الأوزون : والتي يسببها دواء الاضطرابات النفسية والتى يمكن أن تكون شديدة ، وعادة ما تكون مؤقتة ، لكن في بعض الأحيان قد تستمر داخل الجهاز العصبي المركزي (CNS) أما المتلازمات التي تنمو في سياق آثار مواد التعاطي والأدوية أو السموم .

أما اضطرابات تعاطي المخدرات ، فتشمل مجموعة من الجوانب المعرفية والسلوكية ، كما تُسهم الأعراض الفسيولوجية لاستمرار استخدام مادة رغم المشاكل الكبيرة المتعلقة بالجوهر .

أما الاضطرابات النفسية التي يسببها الدواء ، فيمكن أن تنجم عن عشرة أصناف من المواد التي تنتج اضطرابات تعاطي المخدرات ، أوعن طريق مجموعة كبيرة ومتنوعة من الأدوية الأخرى المستخدمة في العلاج الطبي .

ويوصف الاضطراب العقلي ذات الصلة (على سبيل المثال : الاضطرابات الاكتئابية "والاضطرابات العصبية ") ، وبالتالي ، تقدم فقط وصفا موجزا لكل اضطرابات المادة التي يسببها الدواء ، ورصد الخصائص المشتركة لكل من تلك الاضطرابات .

ومن المهم التعرف على هذه السمات **Features** المشتركة للمساعدة في الكشف عن هذه الاضطرابات، وهذه المميزات يمكن وصفها على النحو التالي : -

A . يمثل عرضا من أعراض اضطراب سريري هام ذات الصلة بالاضطراب العقلي .

B . هناك أدلة من التاريخ المرضى ، والفحص المبدئي ، أو النتائج المعملية لكل من :

١.اضطراب يتم في غضون شهر من تسمم المادة أو أخذ الدواء المسمم .
٢. الدواء قادر على إنتاج جوهر المشاركة لهذه الاضطرابات العقلية .

C . لا يفسر هذا الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي مستقل ، وهناك أدلة على وجود اضطراب عقلي مستقل ويمكن أن يشمل ما يلي : -
١.اضطراب سبق ظهور تسمم شديد أو الانسحاب أو التعرض إلى الدواء .
٢. استمرار الاضطراب العقلي الكامل لفترة زمنية طويلة (على سبيل المثال : لا يقل عن شهر واحد) بعد وقف الانسحاب الحاد أو التسمم الشديد أو تناول الدواء . ولا ينطبق هذا المعيار على الاضطرابات الناجمة عن مادة عصبية ناتجة عن المهلوسات أو استمرار اضطراب الإدراك ، والتي قد تستمر إلى ما بعد وقف التسمم الحاد أو الانسحاب .

D . لا يحدث هذا الاضطراب حصرياً أثناء الهذيان .

H. اضطراب بسبب ضائقة سريرية مهمة ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

السمات Features Features :

يمكن إجراء بعض التعميمات فيما يتعلق بفئات المواد القادرة على إنتاج الاضطرابات النفسية ذات الصلة السريرية والناجمة عن المخدرات . وبشكل عام ، فإن أكثر المخدرات (المسكنات ، المنومات ، أو مزيلات القلق ، والكحول) يمكن أن تنتج اضطرابات اكتئابية كبيرة ، وبارزة سريريا خلال التسمم ، في حين أنه من المرجح يتعين مراعاة ظروف القلق أثناء متلازمات الانسحاب من هذه المواد . وأيضاً ، خلال التسمم من المواد الأكثر حفزاً (على سبيل المثال : الأمفيتامينات والكوكايين) ومن المرجح أن تكون مرتبطة بالذين يعانون من اضطرابات ذهانية ناجمة عن المخدرات والقلق الناجم عن مادة اضطرابات ، ناجمة عن نوبات الاكتئاب الذى لوحظ أثناء الانسحاب . وفى حين يتم تناول مسكنات أكثر ، إلا أنه من المرجح أن يسفر على تحفيز تناول المزيد من المخدرات بصورة أكبر ، والذى يرتبط مع ساعات نوم اقل، واضطرابات جنسية أخرى .

وهناك علاقة محددة بين فئات المواد والمتلازمات النفسية المحددة : وتشمل الشروط التي يسببها الدواء وردود فعل الجهاز العصبي المركزي ، والآثار الجانبية لمجموعة واسعة من الأدوية التي اتخذت لمجموعة متنوعة من الاهتمامات الطبية . ويشمل ذلك المضاعفات العصبية من التخدير ، ومضادات الهيستامين ، وخافضات الضغط ، ومجموعة متنوعة من الأدوية والسموم (مثل الفوسفات العضوي ، والمبيدات الحشرية ، وأول أكسيد الكربون) ، وكما هو موضح في الفصل المتعلق بالاضطرابات العصبية .

وقد تؤثر المتلازمة الذهانية على سياق الكولين ، والقلب والأوعية الدموية ، وأدوية الستيرويد ، وكذلك أثناء استخدام وصفة طبية من دون وصفة طبية ، مما قد يؤدى إلى الاكتئاب المؤقت ، واضطرابات المزاج مع استخدام مجموعة واسعة من الأدوية ، بما فيها خافضات ضغط الدم ، أي الذى يتم بوصفة طبية أو بدون وصفة لمعالجة الاكتئاب أو باستخدام المواد المنشطة ، والتى يمكن أن تترافق مع متلازمات القلق ، والخلل الجنسي ، وظروف اضطراب النوم .

وبشكل عام ، يعتبر الاضطراب العقلي ناتج عن المادة التي يسببها الدواء ، وهناك أدلة على أن الاضطراب لا يمكن تفسيره بصورة أفضل مع حالة عقلية مستقلة . هذه الأخيرة هي الأكثر احتمالا أن ينظر إليها ، إذا كان الاضطراب العقلي كان حاضرا قبل التسمم الشديد أو الانسحاب أو مع إدارة الدواء ، باستثناء استمرار الاضطرابات الناجمة عن مادة مدرجة ، وقد تصل لأكثر من شهر بعد وقف الانسحاب الحاد ، أو التسمم الحاد ، أو مع استخدام الأدوية .

وقد تلاحظ الأعراض فقط خلال الهذيان (على سبيل المثال : انسحاب الكحول RIUM) ، والذى ينبغي تشخيص الاضطراب العقلي باعتباره هذيان ، ويجب أن لا يتم تشخيص المتلازمة أيضاً بالأعراض النفسية التي تحدث خلال حالة الهذيان على حدة ، أو مع العديد من الأعراض (بما في ذلك اضطرابات في المزاج ، والقلق ، واختبار الواقع) والتى عادة ما ينظر إليها أثناء حالات الهياج Conhised .

مع المميزات المرتبطة بكل ما هو ذات الصلة باضطراب عقلي رئيس والمماثل سواء بصورة مستقلة أو مع مادة الاضطرابات النفسية التي يسببها الدواء . ومع ذلك ،

فالأفراد مع مادة محددة ، والذى من المرجح أيضاً أن يدلل على المميزات المرتبطة بالاضطرابات النفسية التي يسببها الدواء نتيجة فئة معينة من مادة أو دواء ، كما هو موضح في الأقسام الفرعية الأخرى من هذا الفصل .

دورة التنمية Development and Course :

الاضطرابات النفسية الناجمة عن تطور مادة تتطور في سياق التسمم أو الانسحاب من مواد التعاطي ، والاضطرابات النفسية التي يسببها الدواء ، وينظر إليها من قبل الطبيب / أو بدون وصفة طبية والتي تؤخذ في جرعات مقترحة . وكلا الشرطين عادة ما تكون مؤقتة ، ومن المرجح أن تختفي في غضون شهر أو نحو ذلك من الوقف الحاد للدواء ، أو الانسحاب ، أو التسمم الحاد ، أو استخدام الدواء .

أما الاستثناءات لهذه التعميمات فتحدث للبعض لمدة طويلة ،وتكون ناجمة عن اضطرابات تعاطى مادة : وترتبط بمادة الاضطرابات العصبية التي تتعلق بظروف مثل التي يسببها الكحول ، مثل التوتر العصبي الفوضوى ، والتي يسببها اضطراب عصبي لمواد التنشق ، والمهدئات ، والمنومات ، أو مع اضطراب عصبي ، أو استخدام المهلوسات ، واضطراب الإدراك ("ذكريات سابقة "؛ راجع قسم " الاضطرابات المتصلة بالمهلوسات " لاحقا في هذا الفصل) . ومع ذلك ، الاضطرابات النفسية الأكثر التي يسببها الدواء نتيجة مادة أخرى بغض النظر عن شدة الأعراض ، ومن المرجح أن تتحسن الحالة بسرعة نسبية مع الامتناع عن ممارسة الجنس ، وليس من المرجح أن تظل ذات صلة سريرية لأكثر من شهر بعد الوقف الكامل لاستخدامه .

وكما هي الحال في العديد من عواقب تعاطي المخدرات الثقيلة ، فإن بعض الأفراد قد يكونوا أقل عرضة تجاه الاضطرابات الناجمة عن مادة معينة . أما الأنواع المشابهة من الاستعداد فقد تجعل بعض الأفراد أكثر عرضه لتطوير الآثار الجانبية النفسية لبعض أنواع الأدوية المحددة وليس لغيرها . ومع ذلك ، فإنه ليس من الواضح ما إذا كان الأفراد مع تاريخ الأسرة مع المتلازمات النفسية المستقلة هم أكثر عرضة لتطوير المرض الناجم عن استخدام لمرة واحدة - دون النظر - لمدى وكم المادة الكافي لتؤدي إلى تطوير المتلازمة الناجمة عن المخدرات .

هناك دلائل تشير إلى أن تناول مواد التعاطي أو بعض الأدوية مع تلك الآثار الجانبية للأمراض النفسية تتم في سياق اضطراب عقلي ، والذى من المرجح أن يؤدي إلى تكثيف المتلازمة المستقلة . إضافة إلى المخاطر ، والتى من المرجح أن تزداد مع كل من كمية تواتر الاضطرابات النفسية التي يسببها استهلاك المواد الخاضعة ذات الصلة .

أعراض الاضطرابات النفسية للمادة التي يسببها الدواء تشبه الاضطرابات النفسية المستقلة : في حين أن الأعراض التي يسببها الدواء يمكن أن تكون مطابقة لتلك الاضطرابات النفسية المستقلة (على سبيل المثال : الأوهام ، والهلوسة ، والذهان ، ونوبات الاكتئاب الكبرى ، ومتلازمات القلق) ، وعلى الرغم من أنها يمكن أن يكون لها عواقب نفسية وخيمة (على سبيل المثال : الانتحار/ إزهاق النفس بالباطل والمحرم شرعاً) ، إلا أن معظمها من المرجح أن يتحسن في غضون أيام إلى أسابيع من الامتناع عن مادة المسببة للاضطرابات .

أما المادة التي يسببها الدواء للاضطرابات النفسية ، وهى جزء مهم من تشخيص الظروف النفسية المستقلة . بالإضافة إلى أهمية الاعتراف بالاضطراب العقلي الناجم المرتبط بالظروف الطبية وبتفاعلات الدواء قبل اتخاذ التشخيص المستقل للاضطراب العقلي .

أما جوهر الأعراض التي يسببها الدواء للاضطرابات النفسية فقد تكون متطابقة عبر Sectionally تلك الاضطرابات النفسية المستقلة ، ولكن لديها علاجات وتكهنات مختلفة من الحالة المستقلة .

العواقب الوظيفية التي تسببها الاضطرابات العقلية :

من أهم العواقب النفسية المتصلة بالاضطرابات العقلية المستقلة ذات الصلة (على سبيل المثال محاولات الانتحار/ إيذاء النفس بالباطل) والذى من المحتمل أن ينطبق على الاضطرابات النفسية التي تسببها مادة الدواء ، والتى من المحتمل أن تختفي في غضون شهر بعد الامتناع عن ممارسة الجنس ، وبالمثل ، فإن نفس عواقب الوظائف المرتبطة باضطراب تعاطي المخدرات ذات الصلة / فمن المرجح أن ينظر معها فى الاضطرابات النفسية الناجمة عن الجوهر .

إجراءات التسجيل للمادة الدواء :

الاضطرابات العقلية :

ترميز الملاحظات وإجراءات التسجيل المنفصلة عن أدلة الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-9-CM وICD-I0-CM والتي تشمل رموزه رصد المادة التي تسببها اضطرابات الدواء النفسية الأخرى المحددة في فصول أخرى لهذا الدليل مع الاضطرابات التي تشترك مع الظواهر النفسية الأخرى (انظر مادة الاضطرابات النفسية التي يسببها الدواء في فصول : " اضطرابات طيف الفصام / واضطرابات نفسية أخرى / واضطرابات ثنائي القطب / واضطرابات ذات صلة / والاضطرابات الاكتئابية / واضطرابات القلق" ، " واضطرابات الوسواس القهري وذات صلة بالنوم / واضطرابات الخلل الجنسي / والاضطرابات العصبية) . والاضطراب العقلي الناتج عن اضطراب تعاطي المخدرات ، ولا يتم إعطاء التشخيص المنفصل مع رمز الاضطراب المحدد لتعاطي المخدرات ، بالإضافة إلى رمز مادة الاضطراب العقلي التي يسببها الدواء ، والذى يجتمع فى رمز واحد مع الاضطراب العقلي الناجم عن مادة / مع اضطراب تعاطي المخدرات .

أما التشخيص المنفصل للحالة المرضية من اضطراب تعاطي المخدرات فلم يرد ، وذلك على الرغم من أن هذا الاضطراب محدد باستخدام مادة (عندما تكون موجودة) والتى تستخدم فقط عند تسجيل مادة الاضطراب العقلي الناجم عن الدواء . كما يتم توفير رموز ICD-I0-CM للحالات التي لا يسببها الاضطراب العقلي ، أو التي تسببها مادة الدواء من قبل اضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : عندما يتم الاضطراب عن طريق استخدام لمرة واحدة من مادة أو الأدوية) .

الاضطرابات المتعلقة بالكحول :

- اضطراب استخدام الكحول .
- الكحول التسممى .
- الكحول الانسحاب .
- اضطرابات أخرى يسببها الكحول .
- اضطراب كحول غير محدد وذات صلة .

اضطراب استخدام الكحول :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A. أسلوب إشكالية تعاطي الكحول يؤدي إلى ضعف سريري هام أو محنة ، كما تتجلى من قبل اثنين على الأقل من التالي ، والذى يحدث خلال فترة (الـ ١٢ شهراً) : -

١. غالباً ما يأخذ الكحول بكميات أكبر ، أو لفترة أطول مما كان يعتزم .
٢. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة للخفض أو السيطرة على تعاطي الكحول .
٣. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على الكحول ، وتعاطي الكحول ، أو استرداد من آثاره .
٤. رغبة قوية في استخدام الكحول .
٥. تعاطي الكحول المتكرر يؤدى إلى عدم الوفاء بالالتزامات والأدوار الرئيسة في العمل ، المدرسة ، أو المنزل . . وغيرها .
٦. استمرار تعاطي الكحول على الرغم من الوجود المستمر المتكرر للمهام الاجتماعية أو الشخصية مع المشاكل التفاقمة الناجمة عن آثار استخدام الكحول .
٧. تردى الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة نتيجة تخفيض استخدام الكحول .
٨. تعاطي الكحول المتكرر في الحالات التي تكون خطرة جسدياً .
٩. استمرار استخدام الكحول رغم معرفته بوجود مشاكل مادية أو نفسية متكررة ومستمرة ، والتى من المرجح أن تكون ناجمة عن تفاقم استخدام الكحول .
١٠. التسامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية :

✓ أسلوب لزيادة كميات ملحوظة من الكحول لتحقيق التسممى أو التأثير المطلوب .

✓ وجود تأثير متقلص بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام نفس كمية الكحول .

١١. الانسحاب ، كما يتجلى من قبل من الإجراءات التالية : -

✓ متلازمة الانسحاب المميزة للكحول .

✓ يؤخذ الكحول (أو المادة ذات الصلة الوثيقة ، به مثل البنزوديازيبين) لتخفيف أعراض لانسحاب .

تحديد ما إذا : -

تحسن واختفاء في وقت مبكر : بعد المعايير الكاملة لاضطراب تعاطي الكحول وقد يلتقى مع أياً من معايير اضطراب تعاطي الكحول لمدة ٣ أشهر على الأقل ولكن لأقل من ١٢ شهراً (مع استثناء االرغبة القوية أو الحث على استخدام الكحول / أو عدم إجازة الحد) .

تحسن واختفاء مستمر : بعد المعايير الكاملة للاضطراب لتعاطي الكحول التى كانت تلتقى في السابق ، أو قد استوفيت أياً من معايير اضطراب استخدام الكحول في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر (باستثناء أن معيار A4"الرغبة القوية في استخدام الكحول" / ولا يجوز الحد) .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : ويستخدم هذا التشخيص المحدد الإضافي ، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييدها للوصول إلى الكحول .

رمز القائمة على شدة الحالة : ملاحظة رموز ICD-10-CM : إذا كان التسمم كحولي ، وانسحاب الكحول ، أو اضطراب آخر يسببه الكحول للاضطراب العقلي ، ولا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب تعاطي الكحول . بدلا من ذلك يشار إلى الحالة المرضية لاضطراب استخدام الكحول المشار إليه في اضطرابات الشخصية / مع الاضطراب الناجم عن الكحول (انظر ملاحظة الترميز لتسمم الكحول ، وانسحاب الكحول ، أو التي يسببها اضطراب عقلي معين نتيجة للكحول) .

على سبيل المثال : إذا كان هناك تسمم كحولى نتيجة حالة مرضية نتيجة لاضطراب تعاطي الكحول ، إلا أن يتم إعطاء الكحول كود التسممى ، مع بيان ما اذا

كانت الحالة المرضية لاضطراب تعاطي الكحول هي خفيفة ، أو معتدلة أو شديدة : F10.129 اضطراب تعاطي الكحول الخفيف مع تسمم الكحول FI 0.229 أو لاضطراب تعاطي الكحول المعتدل أو الشديد مع الكحول التسممى .

تعيين خطورة الحالة : -

- (FI 0.10) معتدلة : وجود ٢-٣ أعراض .
- (FI 0.20) متوسطة : وجود ٤-٥ أعراض .
- (FI 0.20) شديدة : وجود ٦ أو أكثر من الأعراض .

تحديد المواصفات Specifiers :

في البيئة المسيطر عليها : ينطبق التشخيص عليها باعتباره محدد ، وإذا كان الفرد سواء في العفو والصفح في البيئة المسيطر عليها (أي في وقت مبكر في العفو والصفح لرقابة البيئة أو العفو المستدام في البيئة المسيطر عليها) . والأمثلة على ذلك ما تم رصده عن كثب فى بيئات السجون الخالية من المضمون ، والمجتمعات العلاجية ، وداخل المستشفيات .

وتستند شدة الاضطراب على عدد من المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria . نظرا للفردية ، التى تنعكس أيضاً على تغيرات في شدة اضطراب تعاطي الكحول عبر الزمن تخفيضات في وتيرته (على سبيل المثال : استخدام أيام منه شهريا) أو جرعة (على سبيل المثال : عدد من المشروبات القياسية المستهلكة يوميا) من الكحول المستخدم ، وفقا لتقييم التقرير الفردى للحالات ، أو مع تقرير آخرين على دراية بملاحظات الطبيب ، وعند اختبار العمليات البيولوجية (على سبيل المثال : ترتفع علامات التشخيص في اختبارات الدم Diagnostic Markers مع هذا الاضطراب) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يعرف اضطراب تعاطي الكحول من قبل مجموعة من الأعراض السلوكية والبدنية ، والتي ويمكن أن تشمل الانسحاب ، والتسامح ، والشغف إليه .

ويتميز انسحاب الكحول بأعراض الانسحاب التي تتطور بعد حوالي ٤-١٢ ساعة للحد من السعرات التالية لفترات طويلة من تناول الكحول الثقيل . ولأن الانسحاب

من الكحول يمكن يكون غير سار ومكثف ، فقد يستمر الأفراد في استهلاك الكحول على الرغم من العواقب السلبية المؤكدة له ، وغالباً ما يتم لتجنب أو لتخفيف أعراض الانسحاب . أو لتلافي بعض أعراض الانسحاب (على سبيل المثال : مشاكل في النوم) والتي يمكن أن تستمر في كثافات أقل لعدة أشهر ويمكن أن تسهم في حدوث الانتكاس مرة واحدة في أسلوب الاستخدام المتكرر والمكثف ، كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام الكحول قد يكرسوا فترات زمنية طويلة في الحصول عليه واستهلاكه .

يشار إلى الرغبة في تناول الكحول من قبل رغبة قوية للشرب الذي يجعل من الصعب التفكير في أي شيء آخر ، والتي غالباً ما تؤدي إلى ظهور الإدمان .

وقد تعاني المدرسة والأداء الوظيفي أيضاً إما من العودة للكحول أو من التسمم الفعلي في المدرسة أو في العمل ؛ مع فقد رعاية الأطفال ، وإهمال المسؤوليات المنزلية ، وقد يحدث الغياب المرتبط بالكحول من المدرسة أو العمل . ولا يجوز للفرد استخدام الكحول في الظروف الخطرة جسدياً (مثل قيادة السيارة ، والسباحة ، وتشغيل الآلات وهو في حالة سكر) .

وأخيراً ، يمكن للأفراد الذين يعانون من اضطراب تعاطي الكحول مواصلة استهلاك الكحول على الرغم من معرفتهم بأن استمرار الاستهلاك يشكل مشاكل مادية كبيرة (على سبيل المثال : انقطاع التواصل مع الآخرين ،إضافة لأمراض الكبد) والاضطرايات النفسية (مثل الاكتئاب) ، وضعف العلاقات الاجتماعية ، أو المشاكل الشخصية (على سبيل المثال : الجدل العنيف مع الزوج وهو في حالة سكر ، والاعتداء على الطفل) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
Associated Features Supporting Diagnosis ،

كثيراً ما يرتبط اضطراب تعاطي الكحول مع الذين يعانون من مشاكل مشابهة لتلك الاضطرابات المرتبطة بمواد أخرى (على سبيل المثال : الحشيش المخدر ، الكوكايين ، الهيروين؛ الأمفيتامينات؛ المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق) .

أما الأعراض السلوكية فتتضح فى مشاكل الاكتئاب ، والقلق ، والأرق ، والذى كثيراً ما يصاحب الإفراط في شرب الخمر وأحيانا يسبقه .

التناول المتكرر للجرعات العالية من الكحول يمكن أن يؤثر على كل أنظمة أجهزة الجسم تقريبا ، وخاصة الجهاز الهضمي ، ونظام القلب والأوعية الدموية ، والجهاز العصبي المركزي ، ويشمل آثار الجهاز الهضمي ، والتهاب المعدة ، أو قرحة الاثنى عشر ، وذلك في حوالي ١٥ ٪ من الأفراد الذين يستخدمون الكحول بشكل كبير ، كما يحدث تشمع الكبد ، والتهاب البنكرياس . وهناك أيضاً زيادة في نسبة الإصابة بسرطان المريء ، والمعدة ، وأجزاء أخرى من القناة الهضمية ، مع . أحد الشروط المرتبطة والأكثر شيوعاً ، والمتمثل فى ارتفاع ضغط الدم بدرجة عالية .

مع اعتلال عضلة القلب والاعتلالات العضلية الأخرى ، والتى تحدث بزيادة المعدل بين الذين يشربون بشكل كبير . وهذه العوامل ، جنبا إلى جنب مع وضع علامة الزيادات في مستويات الدهون الثلاثية والكولسترول منخفض الكثافة ، والبروتين الشحمي ، والمساهمة في مخاطر مرتفعة من أمراض القلب .

وقد يتضح الاعتلال العصبي المحيطي من قبل العضلات والضعف ، وتناقص الإحساس الطرفي ، وضعف ثبات الجهاز العصبي المركزي ، ويشمل آثار العجز النظام المعرفي ، وضعف الذاكرة الحاد ، وتدهورية التغييرات في المخيخ . وترتبط كل هذه الآثار / مع الآثار المباشرة للكحول أو من صدمة ونقص الفيتامينات (خاصة من الفيتامينات B ، بما في ذلك الثيامين) . وهى واحدة مدمرة للجهاز العصبي المركزي ، والنادرة نسبياً / أو المستمرة والتي تسبب اضطراب الكحول ، أو متلازمة كورساكوف ، التي لها القدرة على ترميز ضعف الذاكرة الجديدة (المباشرة / العاملة Working Memory) بشدة . ويوصف هذا الشرط داخل بالاضطرابات العصبية الناتج عن المادة التي يسببها اضطراب الدواء العصبي .

اضطراب تعاطي الكحول هو من العوامل الهامة لخطر الانتحار خلال التسمم الحاد وفي سياق الاكتئاب الناجم عن الكحول المؤقت ، والاضطراب الثنائي القطب . وهناك زيادة في نسبة السلوك الانتحاري ، وذلك بين الأفراد مع اضطراب تعاطى الكحول .

معدل انتشار Prevalence :

اضطراب تعاطي الكحول هو اضطراب شائع في الولايات المتحدة ، ومعدل الانتشار يستمر لمدة ١٢ شهراً من تعاطي الكحول ، ويقدر الاضطراب بحوالى ٤,٦٪ بين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٧ عاما / بنسبة ٨,٥ ٪ بين البالغين فى سن ١٨ سنة وما دون الولايات المتحدة ، فإن معدلات الاضطراب أكبر بين الرجال البالغين (١٢,٤ ٪) وبين النساء البالغات (٤,٩ ٪) . مع معدل انتشار لمدة (اثني عشر شهراً) من الكحول كما يتضح الاضطراب الأكثر بين البالغين في منتصف العمر ، كونهم أكبر بين الأفراد ١٨ - إلى ٢٩ عاما من العمر (١٦,٢ ٪) وأدناها بين الأفراد في سن ٦٥ عاما فما فوق (١,٥ ٪) . ويختلف معدل الانتشار اثني عشر شهراً بشكل ملحوظ بين الأعراق الثقافية ، وبين المجموعات الفرعية فى الولايات المتحدة . لمدة ١٢شهراً - مع الذين تتراوح أعمارهم بين ١٧ سنة ، مع معدلات أكبر بين اللاتينيين (٦,٠ ٪) والآم الأميركيين وسكان آلاسكا الأصليين (٥,٧ ٪) بالمقارنة مع البيض (٥,٠٪) ومع الأمريكيين من أصل أفريقي (١,٨ ٪) ، والأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ (١,٦ ٪) . وفي المقابل ، بين البالغين ، ومعدل انتشار ١٢ شهراً مع اضطراب من تعاطي الكحول بنسب أكبر بشكل واضح بين الأمريكيين الأصليين، وسكان آلاسكا بنسبة (١٢,١ ٪) من بين البيض (٨,٩ ٪) واللاتينيين (٧,٩ ٪) ، والأمريكيين من أصل أفريقي (٦,٩ ٪) ، والأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ (٤,٥ ٪) .

دورة التنمية Development and Course :

من المحتمل أن تبدأ أولى حلقات التسمم الكحولى خلال منتصف سن المراهقة : ويعد الكحول ذات صلة بالمشاكل التي لا تستوفي المعايير الكاملة للاضطراب / فى حالة استخدام أو مشاكل قد حدثت قبل سن ٢٠ عاما ، وفى حالة استخدام اضطراب الكحول مع اثنين أو أكثر المعايير التى تتجمع معا في أواخر سنوات المراهقة أو أوائل إلى منتصف سن العشرين ، فإن الغالبية العظمى من الأفراد الذين يصابون باضطرابات متعلقة بالكحول قد يقوموا بذلك في وقت متأخر من الثلاثين ، وأول تلك الأدلة على الانسحاب ، من غير المرجح أن تظهر حتى بعد العديد من الجوانب الأخرى من استخدام اضطراب الكحول . ويلاحظ أن التعرض المبكر لاضطرابات تعاطي الكحول

لدى المراهقين ، يسفر عن ظهور مشاكل سلوكية خطيرة قبل ، أو مع بداية سابقة من التسممى .

اضطراب تعاطي الكحول كمتغير يتميز بفترات من العفو والصفح والانتكاس : ويرتبط قرار وقف الشرب غالباً بمدى الاستجابة لخطورة الأزمة ، ومن المرجح أن يتبع قبل فترة تمتد من أسابيع أو أكثر من الامتناع عن ممارسة الجنس ، والتي غالباً ما تليها فترات محدودة من الرقابة أو الشرب غير الإشكالي . ومع ذلك ، فمرة واحدة يستأنف تناول الكحول ، ومن المرجح أن الاستهلاك سوف يتصاعد بسرعة وسوف يعود لتطوير مشاكل حادة مرة أخرى .

وكثيراً ما يُنظر إلى اضطراب تعاطي الكحول على نحو خاطئ ، باعتبار ذلك شرطاً مستعصيًا على الحل ، وربما استناداً إلى حقيقة أن الأفراد الذين يذهبون للعلاج ، وعادة ما يستمر التاريخ المرضى لسنوات عديدة من المشاكل المرتبطة بالكحول الشديد . ومع ذلك ، فإن هذه الحالات تمثل فقط نسبة صغيرة من الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب .

وغالباً ما يتزامن الكحول مع المراهقين ، باضطراب السلوك والسلوك المعادي للمجتمع المتكرر وغيرها من الاضطرابات المتعلقة بالكحول في حين أن معظم الأفراد مع استخدام الكحول ، قد يظهرون وضع شرط الاضطراب قبل سن ٤٠ عاما ، وربما في وقت لاحق بنسبة ١٠٪ ، والمتعلقة بالتغيرات الجسدية في الأفراد الأكبر سنا ، والذى يؤدي إلى زيادة تعرض الدماغ لآثار الاكتئاب من الكحول ؛ كما تنخفض معدلات الأيض في الكبد مع مجموعة متنوعة من المواد ، بما في ذلك الكحول ، وتنخفض نسبة الماء في الجسم مع هذه التغييرات ، بما يمكن أن يسبب تطوير تسمم أكثر شدة لدى كبار السن مع المشاكل اللاحقة في انخفاض مستويات الاستهلاك ، والمرتبطة بمشاكل آثار الكحول لدى كبار السن ، والذى يمكن أيضاً أن يترافق مع مضاعفات طبية أخرى .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : يمكن أن تشمل المخاطر البيئية والعوامل المنذرة المواقف الثقافية نحو شرب الكحول والتسممى ، وتوافر الكحول ، ومستويات التوتر . ويُسهم

الوسطاء المحتملين (الرفقاء) مشاكل إضافية مع مشاكل الكحول ، حيث يميل الأفراد لتشمل جلسات تعاطى الكحول مع أثقل (أكثرهم تعاطى) الأقران فى تعاطي المخدرات ، مع التوقعات المبالغ فيها من آثار الكحول .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : اضطراب تعاطي الكحول يعمل في الأسر من (٤٠-٦٠٪) يؤدى إلى تباين خطر تفسير التأثيرات الجينية بمعدل هذا الشرط من ٣-٤ أعلى مرات لدى الأقارب من الأفراد الذين يعانون من اضطراب تعاطي الكحول ، مع قيم أعلى بالنسبة مع عدد أكبر من أقارب المتضررين ، والعلاقات الوراثية ، والتى تتميز بالشدة الأعلى من المشاكل المتعلقة بالكحول لدى الأقارب .

كما تبين أن معدل اضطرابات تعاطي الكحول أعلى بكثير في التوأم الزيجوت ، مما هو عليه في التوأم ثنائي الزيجوت الفرد مع (المعيارA) فى زيادة من ثلاثة إلى أربعة أضعاف من الخطر الذى لوحظ في الأطفال الذين يعانون من اضطراب تعاطي الكحول ، والتي أثيرت من قبل الآباء الذين لديهم هذا الاضطراب .

وأفادت التطورات الحديثة في فهمنا للجينات التي تعمل من خلال وسيط يحمل الخصائص (أو الظواهر) أن تؤثر على خطر اضطراب تعاطي الكحول ، وتساعد على تحديد الأفراد المعرضين لخطر منخفض بشكل خاص أومع نسب عالية لاضطراب تعاطي الكحول . وترتبط نسب الارتفاع إلى الضعف الموجود مسبقا مع الفصام أو الاضطراب الثنائي القطب ، وكذلك الاندفاع نحو إنتاج معدلات محسنة مع الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة لاضطراب القمار ، مع مخاطر عالية للتعرض لاضطراب تعاطي الكحول والذى يرتبط مع انخفاض مستوى الاستجابة (حساسية منخفضة) على الكحول .

وهناك عدد من الاختلافات الجينية قد تكون مسؤولة للاستجابة المنخفضة على الكحول أو تُعدل أنظمة الدوبامين ، ومع ذلك ، فإن أي اختلاف لجين واحد من المرجح أن يفسر فقط ل ٢ ٪ من المخاطر المحتملة لهذه الاضطرابات . أما المعدلات بشكل عام ، فترتبط بمستويات عالية من الاندفاع من البداية السابقة وأكثر شدة مع اضطراب تعاطي الكحول .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية

Culture-Related Diagnostic Issues،

في معظم الثقافات ، فإن الكحول هو المادة المسكرة والذى يساهم بصورة أكثر استخداماً لمعدلات الاعتلال والوفيات الكبيرة ، حيث تقدر بـ ٣,٨ ٪ من مجموع الوفيات العالمية و٤,٦٪ من الحياة لسنوات مصححة باحتساب مدد العجز العالمي، والذى يمكن أن يُعزى إلى الكحول في الولايات المتحدة مثلاً بنسب ٨٠ ٪ لدى البالغين فى (سن ١٨ عاما فما فوق) قد استهلكوا الكحول في وقت ما في حياتهم ، و٦٥٪ منهم يشربون حالياً لمدة (١٢ شهراً سابقة) . مع ما يقدر بـ ٣,٦٪ من سكان العالم فى سن ما بين (١٥-٦٤ سنة) لمدة (١٢ شهراً) مع اضطراب تعاطي الكحول ، مع معدل انتشار أقل من (١,١ ٪) والتي وجدت في المنطقة الأفريقية ، وبمعدل أعلى من (٥,٢ ٪) وجدت في منطقة أمريكا (الشمالية ، والجنوبية ، وأمريكا الوسطى ومنطقة البحر الكاريبي) ، أما أعلى معدل فيبلغ (١٠,٩ ٪) ووجد في منطقة أوروبا الشرقية .

أما الأشكال المتعددة من جينات إنزيمات استقلاب الكحول النازعة للكحول ، فغالباً ما ينظر إلى الألدهيد المنتشر بين الآسيويين والذى يؤثر على درجة الاستجابة عند استهلاك الكحول ، والأفراد مع هذه الاختلافات الجينية يمكن أن يواجهوا احمرار الوجه وخفقان ، وردود الفعل التي يمكن أن تكون شديدة ، وذلك للحد من أو المنع في المستقبل من استهلاك الكحول، ويقلل من خطر اضطرابات تعاطي الكحول ، وهذه الاختلافات الجينية تصل الى ما يقرب ٤٠ ٪ من الشعوب اليابانية والصينية والكورية والجماعات ذات الصلة في جميع أنحاء العالم ، وترتبط بمخاطر أقل للاضطراب . وذلك على الرغم من الاختلافات الصغيرة بشأن بنود المعيار الفردي ، ومعايير تشخيص الأداء الجيد على قدم المساواة في معظم مجموعات الأعرق الثقافية .

تشخيص القضايا المتعلقة بنوع الجنس ،

الذكور لديهم معدلات أعلى من شرب الكحول / أما الاضطرابات فهي ذات الصلة من الإناث . ومع ذلك ، تتعاطى الإناث عموما أقل من الذكور ، حيث يكون الماء أكثر من الدهون وأقل في أجسامهم ، ويتم استقلاب الكحول بنسب أقل في المريء والمعدة ، وهن أكثر عرضة لتطوير أعلى لمستويات الكحول في الدم في الشرب/ عنه

لدى الذكور . وإذا تعاطى الإناث الكحول بشكل كبير ، فقد يكن أيضاً أكثر عرضة من الذكور لبعض الآثار الجسدية المرتبطة بالكحول ، بما في ذلك أمراض الكبد .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

الأفراد الذين يتعرضون لخطر مرتفع لاضطرابات تعاطي شرب الكحول بشكل أثقل يمكن التعرف عليهم ، من خلال استبيانات موحدة لقياس الارتفاعات في فحص الدم ، وتساعد هذه التدابير لإنشاء تشخيص الاضطراب المتعلق بالكحول ، والذى يمكن أن تكون له آثاراً مفيدة في جمع المعلومات وصولاً إلى التشخيص الدقيق . ولا زال الاختبار المباشر والمتاح لقياس استهلاك الكحول فهو ما يتم عبر قياس تركيز الكحول في الدم ، والذى يمكن أن يستخدم أيضاً للحكم على التسامح مع الكحول ، وعلى سبيل المثال : الفرد مع التعاطى بتركيز ١٥٠ ملجم من الإيثانول لكل ديسيلتر من الدم / والذي لا يظهر علامات التسممى فيمكن افتراض حصوله على الأقل قدراً من التسامح على الكحول في حدود ٢٠٠ ملجم ديسيلتر ، فيمكن افتراض بأن معظم الأفراد غير متسامحين مع إثبات التسمم الشديد .

وبخصوص تلك الاختبارات المعملية ، كمؤشر لواحد من المختبرات الحساسة من الإفراط في شرب الخمر هو الارتفاع المتواضع أو مع مستويات عالية (> ٣٥ وحدة) من أشعة جاما GGT glutamyltransferase) . وقد يكون هذا الاستنتاج داخل المختبر فقط .

ولا يقل عن ٧٠ ٪ من الأشخاص الذين يعانون من ارتفاع مستوى من أشعة جاما GGT مع الشرب الثقيل الثابت (أي ، يستهلك ثمانية أو أكثر من المشروبات يوميا بصفة منتظمة) . والاختبار الثاني مع المستويات القابلة للمقارنة أو حتى أعلى من الحساسية النوعية للكربوهيدرات ترانسفيرين (CDT) ، مع مستويات ٢٠ وحدة بهدف تحديد هوية الأفراد الذين يستهلكون بانتظام ثمانية أو أكثر من المشروبات يوميا . لأن كلا GGT وCDT ثم العودة نحو مستويات طبيعية خلال أيام إلى أسابيع من وقف الشرب ، سواء علامات الحالة التي قد يكون من المفيد في رصدها للامتناع عن ممارسة الجنس ، وخصوصا عندما يلاحظ الطبيب الزيادات ، بدلا من النقصان ، في هذه القيم على مر

الزمن ، وقد يشير هذا الاكتشاف إلى أن الشخص من المرجع عودته إلى الإفراط في شرب الخمر .

أما مزيج من الاختبارات ل CDT وGGT قد لديهم مستويات أعلى من حساسية وخصوصية من أي اختبار يستخدم بمفرده ، وعلى الرغم من أن MCV يمكن استخدامه للمساعدة في تحديد أولئك الذين يشربون بشدة ، كطريقه لرصد الامتناع بسبب طول نصف عمر خلايا الدم الحمراء .

أما اختبارات وظائف الكبد (على سبيل المثال : ألانين [ALT] والفوسفاتيز القلوى) يمكن أن يكشف عن إصابة الكبد كنتيجة للإفراط في شرب الخمر المحتمل الآخر والذى يمكن به وضع علامات من الإفراط في شرب الخمر ، التي هي غير محددة للكحول وتساعد الطبيب في رصد الآثار المحتملة للكحول ، وتشمل الارتفاعات في مستويات الدهون في الدم أو (على سبيل المثال : الدهون الثلاثية ونسبة الكوليسترول عالي الكثافة بالبروتين الدهني) وارتفاع المستويات الطبيعية من حمض اليوريك .

أما العلامات التشخيصية الإضافية فتتعلق بالعلامات والأعراض التي تعكس العواقب التي غالباً ما ترتبط مع الإفراط في شرب الخمر الثابت . على سبيل المثال : عسر الهضم ، والغثيان ، والانتفاخ الذى يمكن أن يصاحب التهاب المعدة ، وتضخم الكبد ، ودوالي المريء ، والبواسير، والتى قد تعكس التغيرات التي يسببها الكحول في الكبد .

أما العلامات الجسدية الأخرى من الإفراط في شرب الخمر فتشمل الرعاش ، والمشية غير المستقرة ، والأرق ، وعدم القدرة على الانتصاب . الذكور مع استخدام الكحول المزمن اضطراب قد يتعرضوا لانخفاض حجم الخصية وآثار من التأنيث المرتبط بانخفاض مستويات هرمون تستوستيرون ، والذى يرتبط بتكرار الإفراط في شرب الخمر .

أما في الإناث مع اضطرابات الحيض وخلال فترة الحمل ، والإجهاض العفوي ، مع متلازمة الكحول الجنينية ، والأفراد مع تاريخ سابق من الصرع أو الصدمة البالغة في الرأس ، والتى تعد أكثر عرضة لتطوير المضبوطات المتعلقة بالكحول . وقد تترافق مع انسحاب الكحول كل من : الغثيان ، التقيؤ ، التهاب المعدة ، قيء الدم ، وجفاف الفم ، بقع البشرة المنتفخة .

العواقب الوظيفية من اضطراب استخدام الكحول :

المميزات التشخيصية لاضطراب تعاطي الكحول تسلط الضوء على المجالات الرئيسه لعمل الحياة من المرجح أن تُخفض قيمته . وتشمل مظاهر تلك الاضطرابات : القيادة ، وتشغيل الأجهزة ، والمدرسة ، والعمل ، والعلاقات الشخصية والاتصالات ، والصحة .

كما تساهم الاضطرابات المرتبطة بالكحول في التغيب عن العمل ، والحوادث المرتبطة بالعمل ، وانخفاض إنتاجية الموظفين .

وتعكس المعدلات المرتفعة من الأفراد - بلا مأوى - مع دوامة الأداء الاجتماعي والمهني ، وعلى الرغم من أن معظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب تعاطي الكحول المستمر يعيشون مع أسرهم . ويرتبط اضطراب تعاطي الكحول مع زيادة كبيرة في مخاطر الحوادث والعنف والانتحار . وتشير التقديرات إلى أن القبول / تصل إلى خُمس الحالات العناية المركزة في بعض المستشفيات في المناطق الحضرية هى ذات الصلة بالكحول وأن ٤٠ ٪ من الأفراد في تجربة (دراسة) أجريت فى الولايات المتحدة الأمريكية ، والتى أسفرت بأن حدث الشخصية السلبية ترتبط بالكحول في وقت ما من حياتهم ، وأن ٥٥٪ مع تعاطى الكحول أسفر عن حوادث قاتلة مع قيادة السيارات . كما ارتبط الاضطراب ، لا سيما في الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، فى الأعمال الإجرامية ، بما في ذلك القتل .

ويساهم تعاطي الكحول الشديد فى إشكالية السلوك الفاضح ومشاعر الحزن والتهيج ، والتي تسهم في محاولات الانتحار . أما انسحاب الكحول غير المتوقع في المستشفيات للأفراد مع اضطراب تعاطي الكحول ، بما يمكن أن يضيف عليهم أعباء : مثل مخاطر وتكاليف العلاج في المستشفيات ، والوقت الضائع الذي يقضيه في المستشفى.

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاستخدامات الغير مرضية من استخدام الكحول حيث يعتبر العنصر الرئيس لاضطراب تعاطي الكحول هو استخدام جرعات كبيرة من الكحول مما يترتب عليه تكرارات كبيرة من الشدة أو ضعف الأداء . في حين أن معظم شاربي الكحول

يستهلكون في بعض الأحيان ما يكفي ليشعر أنه في حالة سكر ، فقط بنسبة (أقل من ٢٠٪) من أي وقت مضى من تطوير اضطراب تعاطي الكحول .

أما علامات وأعراض تعاطي اضطراب الكحول - مع إدمانه - فهي قد تبدو مماثلة لتلك التي قد تظهره المسكنات المنومة ، إلا أنه يجب التمييز مع ذلك باختلاف الحال ، وخاصة فيما يتعلق بالمشاكل الطبية .

كما أن تعاطي اضطراب الكحول ، جنبا إلى جنب مع غيره من اضطرابات تعاطي المخدرات ، ينظر إليه في غالبية الأفراد (مع الشخصية المعادي للمجتمع واضطراب السلوك) وترتبط هذه التشخيصات فى وقت مبكر من بداية اضطراب تعاطي الكحول ، فضلا عن التكهن بما هو أسوأ من ذلك .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

اضطرابات القطبين والفصام واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع / ترتبط - جميعاً - مع الزديادة وبشكل ملحوظ مع معدل اضطراب تعاطي الكحول ، كما أن العديد من اضطرابات القلق والاضطرابات الاكتئابية قد تتصل باضطراب تعاطي الكحول . وذلك على الأقل فى جزء من جميع الحالات المبلغ عنها ما بين الاكتئاب الشديدة / إلى اضطراب تعاطي الكحول والذى ممكن أن يعزى إلى حالة مؤقتة ، أو الكحول الناجم عن أعراض حالة اكتئاب مرضية ناتجة عن التأثيرات الحادة الناجمة عن التسممى أو الانسحاب . وقد يتكرر تسمم الكحول أيضاً مع آليات القمع المناعي ، ويؤهب بتزايد إصابة الأفراد بالسرطان .

اضطراب الكحول التسممى :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . ابتلاع الزوار من الكحول .

B . تغييرات سريرية هامة أو إشكالية نفسية (على سبيل المثال : غير مناسب للسلوك الجنسي أو عدواني ، توتر المزاج ، وضعف التحكم) التي وضعت أثناء أو بعد فترة وجيزة ، من تناول الكحول .

C. واحد (أو أكثر) من العلامات التالية من الأعراض النامية خلال ، أو بعد فترة وجيزة ، من تعاطي الكحول : -

١. التأتأة في الكلام .
٢. عدم التناسق .
٣. مشية غير مستقرة .
٤. الرأرأة .
٥. انخفاس الاهتمام أو الذاكرة .
٦. ذهول أو غيبوبة .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ، ولا تفسر بصورة أفضل / مع اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى بمادة أخرى .

ملاحظة عن الترميز : رمز ICD-9-CM رمز ICD-10-CM يعتمد على ما إذا هناك الحالة المرضية اضطراب تعاطي الكحول . إذا كان اضطراب تعاطي الكحول معتدل ، أو يشير إلى حالة المرضية ، وكود دليل الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية هو ICD-10-CM هو FI 0.129 ، أما إذا كان اضطراب تعاطي الكحول معتدل أو شديد كحالة مرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو FI 0.229. وإذا لم يكن هناك اضطراب تعاطي الكحول مع الحالة المرضية ، فإنه يكود ICD-10-CM هو F10.929.

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساسة لتسمم الكحول هو وجود إشكالية سريرية هامة فى التغييرات السلوكية أو النفسية (على سبيل المثال : السلوك الجنسي غير الملائم أو العدوانية ، وعطوبية المزاج ، وضعف التحكم فى الأداء الاجتماعي أو المهني) والتي تتطور خلال ، أو بعد فترة وجيزة من تناول الكحول (B) . ويرافق هذه التغييرات أدلة من ضعف الأداء والتحكم ، وإذا كان الاضطراب التسممى شديد ، فيمكن أن يؤدي إلى عواقب مهددة للحياة والدخول فى غيبوبة .

ويجب أن لا 'تعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : السكري الكيتوني) ، ولا تمثل انعكاسا لظروف مثل الهذيان ، وليس لها علاقة بالتسممى مع أدوية الاكتئاب الأخرى (على سبيل المثال : البنزوديازيبينات) (D) .

كما يمكن أن تتداخل مستويات التناسق الحركى مع قيادة السيارات ، ومع أداء الأنشطة المعتادة إلى مما يتسبب في وقوع الحوادث . أما الأدلة على استخدام الكحول فيمكن أن يحصل عليه من رائحة الكحول فى الفم عبر تنفس الفرد ، ومع تاريخ الفرد من تعاطى الكحول أو مراقب آخر ، وعند الحاجة الأمنية مثلاً يمكن إثبات التعاطى عن طريق : التنفس / الدم / البول / أو عينات من تحاليل السموم .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
Associated Features Supporting Diagnosis :

ويرتبط الكحول التسممى في بعض الأحيان مع فقدان الذاكرة للأحداث التي وقعت أثناء التسممى (مثلاً : انقطاع التيار الكهربائي) . وهذه الظاهرة قد تكون ذات صلة بوجود ارتفاع مستوى الكحول في الدم ، وذلك حتى أثناء حالة تسمم الكحول الخفيفة ، من المرجح أن تكون الأعراض الملاحظة مختلفة في نقاط زمنية مختلفة . ويمكن رؤية دليل على التسممى الخفيف مع الكحول في معظم الأفراد بعد ما يقرب من مرتين من تعاطى الكحول (كل شراب هو بمعيار تقريبا ١٠-١٢ جراما من الإيثانول ، والذى يرفع تركيز الكحول في الدم ما يقرب من ٢٠ ملجم / ديسيلتر) . وذلك في وقت مبكر من فترة الشرب ، وعندما ترتفع مستويات الكحول في الدم ، فإن أعراض كثيرة تتضح فى كثير من الأحيان وتشمل الثرثرة ، ضجة كبيرة ، وتوسع المزاج .

وفي وقت لاحق ، وخاصة عندما تكون مستويات الكحول في الدم في منخفضة ، والتى من المرجح أن تصبح تدريجية ، فقد يعانى الفرد أكثر من الاكتئاب ، والسحب ، والوهن ، والضعف المعرفي .

أما النسب العالية جداً من مستويات الكحول في الدم (على سبيل المثال : ٢٠٠-٣٠٠ ملجم/ ديسيلتر) والذى قد يتطور لدى الشخص مع التسامح من الكحول / فمن المرجح أن يغفو ، ويدخل فى المرحلة الأولى من الغيبوبة .

أما أعلى مستويات الكحول في الدم (على سبيل المثال : التى تتجاوز ٣٠٠-٤٠٠ ملجم /ديسيلتر) فيمكن أن تسبب تثبيط التنفس والنبض وحتى الموت لدى الكثير من الأفراد . أما مدة التسممى فيعتمد على مقدار استهلاك الكحول بصورة أكثر من أي فترة زمنية سابقة .

وبشكل عام ، فإن الجسم قادر على استقلاب تقريبا شراب واحد في الساعة ، بحيث يقلل من مستوى الكحول في الدم عموما بمعدل ١٥-٢٠ ملجم / ديسيلتر في الساعة . أما علامات وأعراض التسممى فمن المحتمل أن تكون أكثر كثافة عندما يكون مستوى الكحول في الدم يرتفع ، بالمقرنة مما كان عليه عندما ينخفض . ويساهم تسمم الكحول بشكل هام في السلوك الانتحاري ، ويبدو أن هناك زيادة فى معدلات السلوك الانتحاري من بين الأشخاص الثملة نتيجة شرب الكحول .

معدل انتشار Prevalence :

الغالبية العظمى من مستهلكي الكحول من المرجح أن يكونوا مخمورين إلى حد ما في مرحلة ما من حياتهم . على سبيل المثال فى الولايات المتحدة : وفي عام ٢٠١٠ اعترف ٤٤٪ من طلاب الصف TH 12- بوجود حالة سكر في العام السابق ، وازدادت النسبة مع أكثر من ٧٠ ٪ من طلاب الجامعات وفق التقارير نفسها .

دورة التنمية Development and Course :

يحدث التسممى عادة باعتباره حلقة نامية خلال دقائق إلى ساعات وعادة ما يستمر لعدة ساعات . ويصل في الولايات المتحدة ، متوسط العمر عند أول تسمم ما يقرب من ١٥ عاما ، وهو ما أدلى به (ممن فى عمر ١٨-٢٥ سنة) وفقا لأعلى معدل انتشار . كما ينخفض عادة التردد والكثافة مع مزيد من التقدم في السن .

المخاطر والعوامل المنذرة **Risk and Prognostic Factors** :

المخاطر المزاجية : الحلقات من الكحول مع زيادة التسممى ، والمترافق مع الخصائص الشخصية بضعف الإحساس ، والسعي نحو الاندفاع .

المخاطر البيئية : تتسم بحلقات تسمم الكحول ، والتى تزيد مع بيئة الإفراط في شرب الخمر .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة :

القضايا الرئيسة موازية – تماماً – مع الاختلافات الثقافية فيما يتعلق باستخدام الكحول بشكل عام . وبالتالي ، فإن الأخويات والجمعيات النسائية الكلية فى الولايات المتحدة قد تشجع تسمم الكحول ، وهذا الشرط متكرر أيضاً متكررة في تواريخ معينة ذات أهمية ثقافية فى الولايات المتحدة وأوروبا (مثل رأس السنة الميلادية) وبعض المجموعات الفرعية الأخرى تشجيع الشرب في الاحتفالات الدينية (مثل الأعياد

اليهودية والكاثوليكية) ، في حين لا يزال البعض الآخر يتشبط بشدة جميع الشرب أو التسممي (على سبيل المثال : المسلمين فى جميع أنحاء العالم (1,700 مليار نسمة) .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين :

تاريخيا ، في كثير من المجتمعات الغربية ، يقبل الذكور بالشرب والسكر بنسب أكثر بالنسبة للإناث ، ولكن قد تكون هذه الاختلافات بين الجنسين أقل بروزا في السنوات الأخيرة ، خصوصا خلال فترة المراهقة والشباب .

التشخيص التفاضلي Diagnostic Markers :

عادة ما يتم تأسيس التسممى من خلال مراقبة سلوك الفرد ورائحة الكحول على التنفس ، كما تزداد درجة تسمم الدم مع زيادة مستوى شرب الكحول / ويزداد مع ابتلاع المواد الأخرى ، ولا سيما مع المسكنات .

العواقب الوظيفية من التسممى بالكحول :

يساهم الكحول التسممى المرتبطة بالكحول إلى وفاة أكثر من ٣٠،٠٠٠ نتيجة للشرب في الولايات المتحدة وذلك كل عام . بالإضافة إلى ذلك ، فإن الكحول التسممى مع الأدوية المسكنة يساهم في تكاليف ضخمة مرتبطة بالقيادة في حالة سكر ، أو فى الوقت الضائع من المدرسة أو العمل ، وكذلك فى اضطراب الشخصية والعراك الجسدي .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الحالات الطبية الأخرى : العديد من الظروف الطبية (على سبيل المثال : الحماض السكري) والعصبية (على سبيل المثال : ترنح المخيخ ، والتصلب المتعدد) ويمكن أن يُشبه الكحول التسممى المؤقت : بالمهدئ ، والمنوم ، أو مزيل القلق التسممى مع المسكنات ، المنومة ، أو المخدرات المزيلة للقلق أو مع المواد المسكنة الأخرى (على سبيل المثال : مضادات المستامين ، أدوية مضادات الكولين) .

ويتطلب التفريق بين تأثير الكحول على التنفس / وبين قياس مستويات الكحول في الدم أو التنفس ، يتطلب القيام ببحث الحالة الطبية ، وجمع تاريخ شخصى بصورة جيدة .

أما علامات وأعراض التسممى المهدئ والمنوم فهي مشابهة جداً لتلك التي لوحظت مع الكحول وتشمل الإشكالية السلوكية المماثلة للتغيرات النفسية . والتى تترافق مع هذه التغييرات كدليل على ضعف التحكم فى الأداء ، والذى يمكن أن يؤدي إلى غيبوبة تهدد الحياة ، والمترافق مع مستويات من ضعف التناسق الوظيفى ، والتي يمكن أن تتداخل مع قدرات القيادة ومع الأداء المعتاد الأنشطة . ومع ذلك ، قد لا توجد أي رائحة ناتجة عن شرب الكحول ، والتى من المرجح الأ تكون دليلا عن إساءة استخدام الكحول في علم السموم ، لذا ينبغ إجراء التحليلات في الدم والبول .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

قد يحدث تسمم الكحول مع غيره من تسممى المخدرات ، وخاصة في الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك أو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

اضطراب الانسحاب الكحولي Alcohol Withdrawal :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . وقف (أو خفض) تعاطي الكحول الثقيل طويل الأمد .

B . اثنين (أو أكثر) مما يلى ، والذى يعمل في غضون عدة ساعات إلى بضعة أيام بعد وقف (أو خفض) استخدام الكحول هو موضح في المعيار A : -

١. فرط النشاط اللاإرادي (على سبيل المثال : التعرق أو زيادة معدل النبض أكبر من ١٠٠ نبضة في الدقيقة) .

٢. زيادة ناحية الهزة .

٣. الأرق .

٤. الغثيان أو القيء .

٥. زيادة الهلوسة السمعية أو أوهام .

٦. الانفعالات النفسية .

٧. القلق .

٨. تنشيط الارتجاجية المعممة .

C . علامات أو أعراض في المعيار B يسبب ضائقة مهمة سريرياً أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهم من صنوف الأداء .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أوضح أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى أو الانسحاب من مادة أخرى .

تحديد ما إذا : -

مع اضطرابات الإدراك الحسي : وهذا ينطبق بصورة محددة في حالة نادرة مع الهلوسة (عادة البصرية أو اللمسية) وتحدث مع اختبار الواقع السليم ، السمعي البصري ، أو تحدث مع الأوهام عن طريق اللمس في غياب الهذيان .

ملاحظة عن الترميز : رمز ICD-9-CM رمز ICD-10-CM لانسحاب الكحول دون اضطرابات فى الإدراك الحسي هو FI 0.239 ، ويرمز ICD-10-CM لانسحاب الكحول مع اضطرابات الإدراك الحسي هو FI 0.232. كما يلاحظ رمز ICD-10-CM والذى يشير إلى الحالة المرضية مع وجود اضطراب نتيجة استخدام الكحول المعتدل أو الشديد ، مما يعكس الحقيقة بأن انسحاب الكحول لا يمكن أن يحدث في وجود اضطراب استخدام الكحول المعتدل أو الشديد . لذا فلا يجوز ترميزه باضطراب معتدل نتيجة تعاطي الكحول ، وإنما يرمز بحالة مرضية مع انسحاب الكحول .

محددي المواصفات Specifiers :

عندما تحدث الهلوسة في غياب الهذيان (أي بصورة منفرده واضحة) ، فإن التشخيص ينبغي النظر إلى المادة التي يسببها اضطراب الدواء الذهاني .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من انسحاب الكحول هى وجود متلازمة انسحاب مميز يتطور في غضون عدة ساعات إلى بضعة أيام بعد توقف (أو مع تخفيض) في الاستخدام المكثف والمطول للكحول (معايير A,B) .

متلازمة الانسحاب :

تضم اثنين أو أكثر من الأعراض التي تعكس فرط النشاط اللاإرادي والقلق المدرج في المعيار B ، وذلك جنبا إلى جنب مع أعراض تتضح فى الجهاز الهضمي .

أما أعراض الانسحاب فتسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من العمل (C) . ويجب ألا تفسر

الأعراض ولا تعزى إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب القلق العام) ، بما في ذلك التسممى أو الانسحاب من مادة أخرى (على سبيل المثال : مهدئ ، منوم ، أو مزيل انسحاب القلق) (D) . كما أن الأعراض يمكن أن تتعافى عن طريق إعطاء البنزوديازيبينات (على سبيل المثال : الديازيبام) .

وتبدأ أعراض الانسحاب عادة عندما تبدأ تركيزات الدم فى الانخفاض من الكحول بشكل حاد (أي خلال ٤-١٢ ساعة) بعد تعاطي الكحول ، أو إيقافه أو تخفيضه . مما يعكس سرعة الأيض نسبياً من الكحول .

وتظهر أعراض الانسحاب من الكحول ذروته عادة في درجة كثافته خلال اليوم الثاني من الامتناع عن ممارسة الجنس ، ومن المرجح أن يحدث تحسن ملحوظ من قبل اليوم الرابع ، أو الخامس .

أما بعد الانسحاب الحاد ، فقد يحدث مع ذلك ، أعراض القلق ، والأرق ، والنشاط اللاإرادي ، والتى قد تستمر لمدة تصل إلى (٣-٦ أشهر) وهى توازى ضعف أقل مستويات الكثافة ، من شرب الكحول .

كما أن أقل من ١٠ ٪ من الأفراد الذين يصابون بانسحاب الكحول من أي وقت مضى ، عرضه لتطوير أعراض دراماتيكية (على سبيل المثال : فرط النشاط اللاإرادي الشديد ، والهزات ، وهذيان انسحاب الكحول) وقد تحدث نوبات توترية ارتجاجية في أقل من ٣ ٪ مع هؤلاء الأفراد .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis ،

وعلى الرغم من الارتباك والتغيرات في الوعي ، والتى لا تشير إلى المعايير الأساس لانسحاب الكحول ، أما هذيان انسحاب الكحول (انظر الهذيان في فصل الاضطرابات العصبية) فقد يحدث في سياق الانسحاب ،وكما هي الحال في أي حالة من الخلط المهتاج ، بغض النظر عن السبب ، بالإضافة إلى اضطراب في الوعي والإدراك ، ويمكن أن يشمل انسحاب الهذيان كل من : الحواس البصرية ، واللمس ، (ونادرا) ما يتصل بالهلوسات السمعية (الهذيان الارتعاشي) .

وعندما يتطور انسحاب هذيان الكحول ، فمن المرجح أن يشخص وقتها بحالة طبية موجودة ذات صلة سريرية ، وقد تكون (على سبيل المثال : فشل كبدى ، أو التهاب الرئوي ، أو نزيف معوي ، أو عقب صدمات الرأس ، ونقص السكر في الدم ، أو اختلال التوازن المنحل بالكهرباء ، أو حالة ما بعد العملية الجراحية) .

معدل انتشار Prevalence :

وتشير التقديرات إلى أن ما يقرب من٥٠ ٪ (من الأفراد فى الولايات المتحدة / مع تعاطى الكحول وفقاً للإحصاءات والدراسات التى أجريت فى المجتمع الأمريكى) هم من الطبقة المتوسطة ، من الأفراد قد عانوا من خلل وظيفي للغاية مع اضطراب تعاطي الكحول ، والذين قد شهدوا فى وقت مضى متلازمة انسحاب الكحول الكامل .

ومن بين الأفراد مع اضطراب استخدام الكحول ، هم من الذين دخلوا في المستشفى ، أو ظلوا بلا مأوى ، فإن معدل الانسحاب من الكحول قد يكون أكثر من ٨٠ ٪ . وأقل من ١٠ ٪ من الأفراد الآخرين في الانسحاب - أي وقت مضى - من هذيان انسحاب الكحول .

دورة التنمية Development and Course :

يحدث انسحاب الكحول الحاد باعتباره خلال فترة عادة ما تستغرق (٤-٥ أيام) ولا يحدث إلا بعد فترات طويلة من الإفراط في شرب الخمر . كما يعد الانسحاب أمر نادر الحدوث نسبياً في الأفراد الأصغر سنا من ٣٠ عاما ، مع زيادة خطره وشدته مع زيادة العمر .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : احتمال تطوير زيادة انسحاب الكحول مع تواتر كمية استهلاك الكحول ، ومعظم الأفراد مع هذا الشرط يشربونه يوميا ، ويستهلكوا كميات كبيرة منه (حوالي أكثر من ثمانية مشروبات يوميا) ولعدة أيام . ومع ذلك ، فهناك اختلافات كبيرة بين الأفراد ، مع تعزيز المخاطر بالنسبة للأفراد مع الظروف الطبية المتزامنة ، وخاصة مع تاريخ تلك الأسر مع انسحاب الكحول (أي عنصر وراثي) ، ومع تلك الانسحابات السابقة ، كما تزداد المخاطر مع الأفراد الذين يستهلكون العقاقير المهدئة ، والمنومة ، أو مزيلات القلق .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

فرط النشاط اللاإرادي في سياق مستويات مرتفعة نسبياً ، ولكنها تندرج مع مستويات الكحول في الدم وتاريخ الإفراط في شرب الخمر لفترة طويلة ، والتي تشير إلى احتمال حدوث انسحاب الكحول .

العواقب الوظيفية من الانسحاب الكحولى :

أعراض الانسحاب قد تؤدي إلى إدامة سلوكيات الشرب ، والمساهمة في الانتكاس ، مما يؤدى إلى ضعف الأداء الاجتماعية والمهنية باستمرار . ويتطلب ظهور تلك الأعراض بأن تجرى تحت إشراف طبي كامل لإزالة السموم في المستشفى ، وإلا ترتب عليه فقدان الإنتاجية على العمل ، وعموما ، يرتبط وجود هذا السحب مع ضعف كبير فى غالبية الوظائف الحيوية جراء الاتسحاب الكحولى .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الحالات الطبية الأخرى يمكن أن تشكل أعراض الانسحاب الكحول ، وأن تحاكي بعض الظروف الطبية (على سبيل المثال : نقص السكر في الدم والحماض الكيتوني السكري) . وزيادة أعراض اضطراب الرعاش ، والذي يعمل في كثير من الأحيان في الأسر المرتبط بها - وراثياً - ، وقد يفسر الارتعاش بصورة خاطئة بإرتباطه بانسحاب الكحول ، أو بمهدئ ، أو منوم ، أو مع انسحاب مزيل القلق، والتى تنتج متلازمة مشابهة جداً لتلك الانسحاب الكحول .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يشير الانسحاب المرجح إلى الاعتلال المشترك الذى يمكن أن يحدث مع كثافة تناول الكحول ، والذى قد يلاحظ - في معظم الأحيان - في الأفراد الذين يعانون من اضطراب السلوك ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع . كما أن انسحاب الكحول لدى تلك الحالات هو أيضاً أكثر شدة مع الأفراد من كبار السن ، ومع الأفراد الذين يعتمدون على غيرهم فى الحصول على مخدرات الاكتئاب (المهدئة والمنومة) ، أو مع الأفراد الذين لديهم المزيد من الخبرات السابقة لأعراض انسحاب الكحول .

الاضطرابات الأخرى التي يسببها الكحول : توصف الاضطرابات التي يسببها الكحول في فصول أخرى من هذا الدليل ، وذلك مع الاضطرابات التي تشترك مع

الظواهر التي يسببها الدواء (انظر الاضطرابات النفسية التي يسببها اضطراب الكحول الذهاني) (اضطراب طيف الفصام واضطرابات نفسية أخرى)؛ والاضطراب ثنائي القطب التي يسببها الكحول (واضطرابات القطبين ذات الصلة)؛ (الاضطرابات الاكتئابية)؛ التي يسببها اضطراب الكحول ، (اضطرابات القلق)؛ التي يسببها اضطراب الكحول ، واضطرابات النوم (وضع السكون تنبيه)؛ العجز الجنسي الناجم عن الكحول (الخلل الجنسي) والاضطراب العصبي الرئيس أو الخفيف (الاضطرابات العصبية) . الهذيان التسممي وهذيان الامتناع عن الكحول ، انظر المعايير ومناقشة الهذيان في فصل "الاضطرابات العصبية " . وتم تشخيص هذه الاضطرابات التي يسببها الكحول/ بدلا من (من مُسمى) تسمم الكحول أو انسحاب الكحول فقط ، وذلك عندما تكون الأعراض شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريرية المستقل .

السمات Features :

لمحات أعراض لحالة يسببها الكحول تشبه الاضطرابات النفسية المستقلة كما هو موضح في مكان آخر في DSM-5. ومع ذلك ، فإن الاضطراب الناجم عن الكحول يعد مؤقتاً ، ويلاحظ بعد تسمم شديدة مع أو بدون الانسحاب من الكحول . في حين أن الأعراض يمكن أن تكون مماثلة لتلك الاضطرابات النفسية المستقلة (على سبيل المثال : اضطراب الذهان الاكتئابي) وعلى الرغم من أنها يمكن أن تكون لها عواقب وخيمة على الفرد نفسه (على سبيل المثال : محاولات الانتحار) إلا أنه من المرجح أن تتحسن بدون علاج رسمي نظراً للظروف التي يسببها الكحول في غضون أيام / إلى أسابيع بعد التوقف عن التسممى الحاد أو الانسحاب منه .

ويتم سرد كل اضطراب عقلي ناجم عن الكحول في قسم التشخيص ذات الصلة ، وبالتالي تم تقديم وصفا موجزا فقط هنا .

أما الاضطرابات التي يسببها الكحول فقد طورت في سياق التسممى الشديد أو الانسحاب من مادة قادرة على إنتاج هذا الاضطراب العقلي ، وبالإضافة إلى ذلك ، يجب أن تكون هناك أدلة على أن الاضطراب ليس من المرجح أن يفسر بصورة أوضح بشكل أفضل من خلال اضطراب آخر ، غير التي يسببها اضطراب الكحول العقلي . وهذا الأخير من المرجح أن يحدث إذا كان الاضطراب العقلي الحالي / قد

حدث قبل تسمم شديد أو حدوث انسحاب من الكحول ، أو إذا استمر لأكثر من شهر بعد وقف التسممى الشديد أو الانسحاب من الكحول .

وتلاحظ الأعراض فقط من خلال حالة الهذيان ، وينبغي أن تعتبر جزءاً من الهذيان وليست تشخيصاً منفصلاً ، كما أن العديد من الأعراض (بما في ذلك الاضطرابات في المزاج ، والقلق ، واختبار الواقع) عادة ما ينظر إليها أثناء حالات الهيجان المختلط .

كما يجب أن يكون الاضطراب الناجم ذات الصلة سريرية ، مما يتسبب عنه مستويات عالية من الضيق أو اضطراب وظيفي كبير . وأخيرا هناك دلائل تشير إلى أن كمية المواد من الاعتداء في سياق اضطراب عقلي والذى من المرجح أن يؤدي إلى تكثيف المتلازمة المستقلة قبل الإيجاد .

المميزات المرتبطة بكل اضطراب عقلي رئيس ذات الصلة (على سبيل المثال : نوبات ذهانية ، اضطراب اكتئابي) سواء كانت متشابهة ، أو مستقلة بشرط أن يسببها الكحول . ومع ذلك ، فإن الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الناجمة عن الكحول من المحتمل أيضاً أن ترتبط بالأعراض المرتبطة بها (ينظر مع اضطراب تعاطي الكحول ، والمدرجة في الأقسام الفرعية من هذا الفصل) .

معدلات الاضطرابات الناجمة عن الكحول تختلف إلى حد ما عن طريق التشخيص : على سبيل المثال : التعرض لخطر لنوبات الاكتئاب الكبرى - مدى الحياة - في الأفراد الذين يعانون من اضطراب تعاطي الكحول وحوالي(٤٠ ٪) منهم تمثل متلازمة مستقلة من متلازمات الاكتئابي ، وخارج سياق التسممى . أما المعدلات المماثلة فمن المرجح ظهور اضطرابات النوم والقلق الناجم عن ظروف تعاطى الكحول ، إضافة إلى الحلقات الذهانية التى يسببها الكحول والنادرة إلى حد ما .

دورة التنمية Development and Course :

أعراض الحالة التي يسببها الكحول من المرجح أن تظل بصورة سريرية وذات الصلة طالما استمر الفرد مع تجربة التسممى الشديد أو الانسحاب . في حين أن الأعراض المماثلة لتلك الاضطرابات النفسية المستقلة (على سبيل المثال : اضطراب الذهان ، والاكتئاب) .

وعلى الرغم من أنها يمكن أن يكون لها نفس العواقب الوخيمة (على سبيل المثال : محاولات الانتحار) ، وكلها من الأعراض التي يسببها الكحول / إضافة إلى الاضطراب العصبي ، من النوع (المستمر التي يسببها اضطراب الكحول) ، وبغض النظر عن شدة الأعراض ، فمن المرجح أن تتحسن الأعراض بسرعة نسبية وليس من المرجح أن تظل ذات الصلة سريرياً لأكثر من شهر بعد وقف التسممى الشديد أو الانسحاب .

الاضطرابات التي يسببها الكحول هي جزء مهم من تشخيصات تفريقية للشروط العقلية المستقلة ، والتي تتوافق مع انفصام الشخصية المستقلة ، والاضطراب الاكتئابي ، واضطرابات الهوس الاكتئابي ، والقلق ، واضطراب الهلع ، والذى من المرجح أن تكون مرتبطة مع فترات أطول بكثير من الأعراض والتى غالباً ما تتطلب - على المدى الطويل - التدخل الدوائى لتحسين احتمالات التحسن أو الشفاء من الظروف التي يسببها الكحول .

ومن ناحية أخرى ، فمن المحتمل أن تكون أقصر بكثير من حيث المدة وقد تختفي في غضون عدة أيام إلى شهر واحد بعد التوقف عن التسممى الحاد أو الانسحاب ، حتى من دون التعامل مع الأدوية العقلية .

ويجب الاعتراف بأن الاضطراب الناجم عن الكحول يشبه الدور المحتمل لبعض أعراض اضطراب الغدد الصماء وردود الفعل . ويتم تشخيص الاضطراب العقلي المستقل قبل إتخاذ الدواء في ضوء إرتفاع معدل انتشار الكحول ، ومن المهم أن هذه الأعراض التي يسببها الكحول / يجب أن يتم رصدها قبل تشخيص الاضطرابات العقلية المستقلة .

اضطراب الكحول ذات صلة غير المحدد (F10.99) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لشرب الكحوليات ، ذات صلة بالفوضى التي تسبب الضيق السريري الهام أو الضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء والتى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة عن أي اضطراب مرتبط بالكحول ، أو أي من اضطرابات الجوهر ذات الصلة بفئة تشخيص اضطرابات الإدمان .

الاضطرابات المتصلة بالكافيين Caffeine Intoxication :

١. الكافيين التسممى .
٢. الانسحاب الكافيين .
٣. اضطرابات ناتجة عن مواد الكافيين الأخرى .
٤. اضطراب الكافيين الغير محدد الصلة .

الكافيين التسممى Caffeine Intoxication :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F15.929) :

A . الاستهلاك الزائد من الكافيين (عادة ما يكون نتيجة جرعة عالية جدا تتجاوز ٢٥٠ ملجم) .

B . خمسة (أو أكثر) من العلامات أو الأعراض الناتجة خلال أو بعد فترة وجيزة من استخدام الكافيين وهى : -

١. الأرق .
٢. العصبية .
٣. الإثارة .
٤. الأرق .
٥. احمرار الوجه .
٦. إدرار البول .
٧. اضطراب الجهاز الهضمي .
٨. ارتعاش العضلات .
٩. تدفق التجوال الفكر والتعبير .
١٠. عدم انتظام دقات القلب أو عدم انتظام ضربات القلب .
١١.فترات من الإنفعالية .
١٢. الانفعالات النفسية والإثارة الحركية .

C . علامات أو أعراض في المعيار B يسبب ضائقة مهمة سريرياً أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهم من أداء .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ،ولا تفسير مع اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى بمادة أخرى .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يمكن أن يستهلك الكافيين عبر عدد من المصادر المختلفة ، بما في ذلك القهوة والشاي والشوكولاته والتي تشتمل على الكافيين ومشروبات " الطاقة " والإفراط في المسكنات أو نتيجة وصفة طبية لنزلات البرد ، والطاقة الوسائل (مثل المشروبات) ، ومساعدات فقدان الوزن ، . كما يتزايد استخدام الكافيين كمادة مضافة إلى الفيتامينات والمنتجات الغذائية لأكثر من ٨٥ ٪ من الأطفال والبالغين الذين يستهلكون الكافيين بانتظام .

كما أن بعض المستخدمين للكافيين قد يظهروا أعراضاً متوافقة مع إشكالية الاستخدام ، بما في ذلك التسامح والانسحاب (انظر " سحب الكافيين " اللاحق في هذا الفصل) والبيانات غير المتوفرة في هذا الوقت تحدد الأهمية السريرية للكافيين مع شيوع الفوضى .

أما الميزة الأساس من الكافيين التسممى فهو الاستهلاك الأخير من الكافيين وخمسة أو أكثر من العلامات أو الأعراض التي تحدث أثناء أو بعد فترة وجيزة من استخدام الكافيين (معايير A,B) . وتشمل أعراض الأرق ، والعصبية ، والإثارة ، واحمرار الوجه ، إدرار البول ، وشكاوى الجهاز الهضمي ، والتي يمكن أن تحدث مع الجرعات المنخفضة (على سبيل المثال : ٢٠٠ ملجم) في الأفراد الضعفاء مثل (الأطفال وكبار السن) أو الأفراد الذين لم يتعرضوا لمادة الكافيين من قبل .

ولا تظهر الأعراض عادة عند مستويات أكثر من واحد جرام/ في اليوم ، وتشمل ارتعاش العضلات ، وعدم انتظام دقات القلب ، وفترات من اللانفاذية ، والانفعالات النفسية ، كما قد لا يحدث الكافيين التسممى على الرغم من تناول الكافيين عالية بسبب تطوير التسامح Tolerance .

كما يجب أن يسبب الأعراض الضيق السريري الهام أو ضعف في الاجتماعية ، المهنية ، أو غيرها من المجالات الهامة للأداء (C) . كما يجب ألا تعزى إلى حالة طبية

أخرى ولا يمكن تفسيره بصورة أفضل من قبل ، مع اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال : اضطراب القلق) أو تسمم مع مادة أخرى (D) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

حدوث بعض الاضطرابات الحسية الخفيفة (على سبيل المثال : طنين في الأذنين مع ومضات من الضوء) والتى قد تحدث مع ارتفاع جرعة من الكافيين . وعلى الرغم من أن الجرعات الكبيرة من الكافيين يمكن أن تزيد من معدل ضربات القلب ، إلا أنه يمكن للجرعات الأصغر أن تبطئ من معدل ضربات القلب . كما لم يتضح بأن تناول الكافيين يمكن أن يسبب الصداع الزائد . إلا أن الفحص المادي أظهر أعراض من الإثارة ، والأرق ، والتعرق ، وعدم انتظام دقات القلب ، احمرار الوجه ، وزيادة حركية الأمعاء ، وقد توفر مستويات الكافيين فى الدم معلومات هامة للتشخيص ، وخاصة عندما يكون الفرد هو (الحالة / والحكم) وذلك على الرغم من أن هذه المستويات لا تشخص في حد ذاتها نظرا لاختلاف الأفراد في درجة الاستجابة لمادة الكافيين .

معدل انتشار Prevalence :

معدل الانتشار التسممى للكافيين في عموم السكان غير واضح ، وتقترب الحالات فى الولايات المتحدة حالات بما يقارب ٧ ٪ من الأفراد في عدد السكان ، وقد يظهرون خمسة أو أكثر من الأعراض جنباً إلى جنب مع الاضطراب الوظيفي بما يتفق مع تشخيص تسمم الكافيين .

دورة التنمية Development and Course :

عادة ما تظهر أعراض من الكافيين التسممى بعد حوالي ٤-٦ ساعات ، وهم ليس لديهم أي معرفة طويلة الأمد للعواقب . ومع ذلك ، فإن الأفراد الذين يستهلكون جرعات عالية جداً من الكافيين (٥-١٠جرام / يوم) وقد يتطلب عناية طبية فورية ، على هذا النحو مع تلك الجرعات التى يمكن أن تكون قاتلة .

ومع التقدم في السن ، من المحتمل أن تظهر تفاعلات مكثفة على نحو متزايد لدى الأفراد مع الكافيين ، ومع شكاوى أكبر من التدخل في النوم أو فرط مشاعر .

ويحدث تسمم الكافيين بين الأفراد الشباب بعد استهلاك كميات عالية المنتجات التي تحتوي على الكافيين ، بما في ذلك مشروبات الطاقة ، والتى لوحظت فى الأطفال والمراهقين ، والذين قد يكونوا في خطر متزايد للكافيين التسممى بسبب انخفاض أوزن أجسامهم ، مع نقص التسامح ، وعدم معرفة الآثار الدوائية من تسمم الكافيين .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : غالباً ما ينظر للكافيين التسممى بين الأفراد الذين يستخدمون الكافيين بصورة أقل / لكن بشكل متكرر ، أو في أولئك الذين تزايد في الآونة الأخيرة تناولهم للكافيين من خلال كميات كبيرة . وعلاوة على ذلك ، فإن سائل منع الحمل عن طريق الفم قد تقلل إلى حد كبير من الحد على الكافيين وبالتالي قد تزيد من خطر التسممى .

المخاطر الجينية والفسيولوجية . تنحصر فى العوامل الوراثية التى قد تؤثر على الخطر التسممى من مادة الكافيين :

العواقب الوظيفية من الكافيين التسممى :

الضعف الناتج عن الكافيين التسممى قد يكون له عواقب خطيرة ، بما في ذلك ضعف في العمل أو المدرسة ، والطائشة الاجتماعية ، أو عدم الوفاء بالالتزامات المكلف بها . علاوة على ذلك ، فإن الجرعات العالية جداً من الكافيين يمكن أن تكون قاتلة في بعض الحالات ، وقد يعجل تسمم الكافيين من حدوث الاضطراب الناجم عن الكافيين .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الأخرى يمكن وصفها بالكافيين التسممى ، وأهم أعراضه (على سبيل المثال : هجمات الذعر) التي تشبه الاضطرابات النفسية الأولية ، وذلك لتلبية معايير الكافيين التسممى ، ويجب ألا تكون مرتبطة مع أعراض حالة طبية أو عقلية أخرى ، أو مع اضطراب آخر ، مثل اضطراب القلق ، والذى لا يمكن أن يفسر بصورة أفضل مع كل من : نوبات الهوس؛ ولا مع اضطراب الذعر ؛ واضطراب القلق العام ؛ والتسممى بالأمفيتامين ؛ ولا مع المسكنات ، أو مزيلات القلق الانسحابى من التبغ ، ولا مع اضطرابات النوم ، والتي يسببها الدواء للآثار الجانبية

(على سبيل المثال : تعذر الجلوس) والذى يمكن أن يسبب صورة سريرية مشابهة لتلك التي الأعراض فى تسمم الكافيين .

أما الاضطرابات الأخرى الناجمة عن الكافيين، والتى لها علاقة زمنية مع أعراض زيادة استخدام الكافيين ، أو الامتناع عن الكافيين والذى يساعد على تحديد التشخيص .

أما الكافيين التسممى / فيتمايز عن استخدام الكافيين المسبب لاضطراب القلق ، وذلك مع بداية أو أثناء ظهور الكافيين التسممى (انظر المادة الناتجة عن اضطراب الأدوية في فصل اضطرابات القلق) ، واضطراب النوم ، مع بداية / أو أثناء التسممى الناجم عن الكافيين (انظر "التي يسببها اضطراب النوم" في فصل اضطرابات النوم ، والاستيقاظ) . ويلاحظ بأن حقيقة تلك الأعراض مع هذه الاضطرابات الأخيرة تتجاوز تلك التي ترتبط عادة بالكافيين التسممى الشديد بما يكفي لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

لم ترتبط الجرعات النموذجية من الكافيين باستمرار مع المشاكل الطبية ،ومع ذلك فإن الاستخدام الثقيل عند مستوى (مثل > ٤٠٠ ملجم/ يوم) يمكن أن يسبب تفاقم القلق والأعراض الجسدية للجهاز الهضمي ، وذلك مع جرعات عالية جداً من الكافيين ، والذى قد يؤدى إلى الصرع وفشل في الجهاز التنفسي / بما قد يؤدي إلى الوفاة . ويرتبط استخدام الكافيين المفرط مع الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القطبين ، واضطرابات الأكل ، والاضطرابات النفسية ، واضطرابات النوم ، والاضطرابات المرتبطة بمادة ، لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق .

الانسحاب الكافييني Caffeine Withdrawal :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F15.93) :

A . الاستخدام اليومي لفترات طويلة من الكافيين .

B . الوقف أو الحد من استخدام الكافيين المفاجئة في غضون ٢٤ ساعة من قبل ثلاثة (أو أكثر) من العلامات أو الأعراض التالية : -

١.الصداع .
٢. تميز بالتعب أو النعاس .
٣. المزاج المنزعج ، المزاج المكتئب ، أو التهيج .
٤. صعوبة في التركيز .
٥. أعراض تشبه الانفلونزا (الغثيان ، والتقيؤ ، أو ألم في العضلات) .

C . علامات أو أعراض في المعيار(B) تسبب ضائقة سريرية مهمة أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من صنوف الأداء الهام .

D . علامات أو أعراض أخرى لا ترتبط مع الآثار الفسيولوجية لآخر حالة طبية (على سبيل المثال ، الصداع النصفي ، مرض فيروسي) ولا يفسر - بشكل أفضل وأوضح - من جانب آخر اضطراب عقلي ، بما في ذلك التسممى أو الانسحاب من مادة أخرى .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساسية لانسحاب الكافيين هو وجود انسحاب متلازم يتطور بعد التوقف المفاجئ له (أو انخفاض كبير له) وذلك بعد فترة طويلة من تناول الكافيين يومياً (A) .

ويشار إلى متلازمة انسحاب الكافيين قبل ثلاثة أو أكثر من الإجراءات التالية (B) : الصداع؛ تميز التعب أو النعاس؛ المزاج المنزعج ، المزاج المكتئب ، أوالتهيج ، وصعوبة التركيز؛ وأعراض الانفلونزا (الغثيان والقيء ، أو آلام في العضلات) .

وقد تسبب متلازمة الانسحاب ضائقة سريرية كبيرة أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو لغيرها من المجالات الهامة للأداء (C) . ويجب ألا تكون مرتبطة مع الأعراض التى لم يتم شرح آثارها الفسيولوجية لحالة طبية أخرى ، ولا ينبغى تفسيرها بصورة أفضل ، مع وجود اضطراب عقلي (D) .

ويعد الصداع هو السمة المميزة لانسحاب الكافيين ، وربما يكون منتشر ، تدريجيا في التنمية ، والخفقان ، وحساسية الحركة . ومع ذلك ، فإن أعراض أخرى للانسحاب من الكافيين يمكن أن تحدث في غياب الصداع . ويعد الكافيين هو الأكثر استخداماً - وعلى نطاق واسع - على ما يعرف بالمخدرات المنشطة للسلوك في العالم ، والذى يوجد في العديد من الأنواع المختلفة من المشروبات (على سبيل المثال : البن ،

والشاي ، والمشروبات الغازية ومشروبات الطاقة) ، والأطعمة ، ومساعدات مجال الطاقة ، والأدوية ، والمكملات الغذائية .

ولأنه في كثير من الأحيان يمكن تناوله الكافيين وفقاً للعادات الاجتماعية والطقوس اليومية (على سبيل المثال : استراحة لشرب القهوة Coffee shop ، وقت الشاي) ، وقد يجهل بعض المستهلكين اعتمادهم الفعلي على الكافيين . وبالتالي ، يمكن أن تظهر أعراض انسحاب الكافيين بصورة غير متوقعة / ويتم إرجاعها لأسباب أخرى أو لأسباب أخرى (على سبيل المثال : الأنفلونزا ، والصداع النصفي) .

وعلاوة على ذلك ، فإن الكافيين قد يحدث أعراض الانسحاب عندما يتخذ الأفراد قرار الامتناع عن جرعة الكافيين المعتاد عكس الروتين المتبع (على سبيل المثال : أثناء السفر ، عطلة نهاية الأسبوع) . وبالتالى احتمال حدوث شدة انسحاب الكافيين بوصفها وظيفة من الجرعة المعتادة من الكافيين يوميا . ومع ذلك ، فإن هناك تباين كبير بين الأفراد عبر حلقات مختلفة وفقاً لشدة ووقت ظهور أعراض الانسحاب ، وقد تحدث أعراض انسحاب الكافيين بعد التوقف المفاجئ لجرعات - منخفضة نسبياً - بصفة يومية مزمنة من الكافيين (أي ١٠٠ ملجم) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis ،

تبين أن الكافيين يسبب الامتناع عن ممارسة الجنس / ويترافق مع الضعف السلوكي والأداء المعرفي (على سبيل المثال : عدم الاهتمام المتواصل) . وقد أظهرت الدراسات أن كهربية المخ ترتبط بأعراض انسحاب الكافيين بشكل ملحوظ مع زيادة في بيتا الطاقة / وانخفاض في بيتا ٢. وتنخفض معه الدافعية للعمل وتنخفض المؤانسة والتفاعل الاجتماعى ، وهوما تم الإبلاغ عنه أثناء الانسحاب من الكافيين ، أو مع زيادة استخدام المسكنات خلال توثيق انسحاب الكافيين .

معدل الانتشار Prevalence ،

أكثر من ٨٥ ٪ من البالغين والأطفال في الولايات المتحدة يستهلكون الكافيين بانتظام ، أما المستهلكين الكبار مع تناول الكافيين الذى يصل إلى (٢٨٠ملجم / يوم) في المتوسط .

كما أن معدل انتشار متلازمة انسحاب الكافيين في عموم السكان غير واضحة في الولايات المتحدة ، وقد يحدث الصداع في ما يقرب من ٥٠ ٪ من الحالات مع الكافيين والذى يؤدى إلى الامتناع عن ممارسة الجنس .

أما محاولات وقف استخدام الكافيين بشكل دائم مع أكثر من ٧٠ ٪ من الأفراد ، فقد يواجه واحد على الأقل من أعراض انسحاب الكافيين (٤٧ ٪ قد يواجهوا الصداع) ، و(٢٤ ٪) قد يواجهوا صداع زائد واحد/ يوم أو أكثر من الأعراض الأخرى ، فضلا عن ضعف وظيفية فى الأداء بسبب الانسحاب .

كما تبين أن الأفراد الذين يمتنعون عن الكافيين لمدة (لا تقل عن ٢٤ ساعة) قد لا يتمكنوا من التوقف عن استخدام الكافيين بشكل دائم ، و١١٪ قد يواجهوا صداع زائد لواحد أو أكثر من الأعراض الأخرى ، فضلا عن حدوث الاضطراب الوظيفي . أما مستهلكي الكافيين فيمكن أن يقللوا من حدوث انسحاب الكافيين باستخدام الكافيين يوميا أو بشكل نادر (على سبيل المثال : لا يزيد عن يومين متتاليين فقط) مع انخفاض تدريجي أكثر من الكافيين لفترة أيام أو أسابيع / والذى قد يقلل من حدوث شدة الانسحاب من الكافيين .

التنمية والدورة Development and Course :

عادة ما تبدأ الأعراض خلال(١٢-٢٤ ساعة) بعد آخر جرعة الكافيين وذروتها بعد ١-٢ أيام من الامتناع عن ممارسة الجنس . أعراض انسحاب الكافيين ٢-٩ أيام ، مع إمكانية الصداع الانسحاب التي تحدث لمدة تصل إلى ٢١ يوما . الأعراض عادة ما يحولون بسرعة (في غضون ٣٠-٦٠ دقيقة) بعد ابتلاع الكافيين .

الكافيين فريد من نوعه من حيث أنه هو الدواء الفعال سلوكيا الذي يتم استهلاكه من قبل الأفراد مع ما يقرب من جميع الأعمار . أما معدلات استهلاك الكافيين والمستوى العام للاستهلاك الكافيين ، فهو فى زيادة مع تقدم العمر من أوائل إلى منتصف سن الثلاثين ، ثم يستقر . وعلى الرغم من أن الكافيين وقد تم توثيق الانسحاب بين الأطفال والمراهقين ، والقليل نسبياً هو معروف عن عوامل الخطر للانسحاب الكافيين من بين هذه الفئة العمرية . استخدام مشروبات عالية الطاقة التي

تحتوي على الكافين في تزايد مع الأفراد في الشباب ، والتي يمكن أن تزيد مخاطر الكافيين الانسحابي .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : وقد لوحظ استخدام الكافين بكمية كبيرة بين الأفراد يؤدى لاضطرابات ، بما في ذلك اضطرابات الأكل؛ المدخنين؛ السجناء ، ومتعاطي المخدرات والكحول . وبالتالي ، يمكن أن يكون هؤلاء الأفراد عرضة لانسحاب الكافيين على الكافيين الحاد الامتناع عن ممارسة الجنس .

المخاطر البيئية : عدم وجود الكافيين هو عامل المخاطر البيئية لبدايته أعراض الانسحاب . في حين الكافيين هو قانوني وعادة ما تكون متاحة على نطاق واسع ، وهناك الظروف التي يتم فيها استخدام مادة الكافيين قد تكون مقيدة ، مثل أثناء الإجراءات الطبية ، الحمل ، المستشفيات ، الاحتفالات الدينية ، في زمن الحرب ، والسفر ، والمشاركة البحثية . هذه الظروف البيئية الخارجية قد يعجل متلازمة الانسحاب في الأفراد المعرضين للخطر .

العوامل الوراثية والفسيولوجية : تظهر العوامل الوراثية لزيادة التعرض لقد تم تحديد انسحاب الكافيين ، ولكن لا جينات معينة .

المعدلات : أعراض انسحاب الكافيين عادة ما يحولون خلال ٣٠-٦٠ دقيقة من إعادة التعرض لمادة الكافيين . جرعة من الكافيين أقل بكثير من جرعة واحدة يومية معتادة قد تكون كافية لمنع أو تخفيف أعراض انسحاب الكافيين (مثل استهلاك من ٢٥ ملجم من قبل الفرد الذي يستهلك عادة ٣٠٠ ملجم) .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية

Culture-Related Diagnostic Issues :

المستهلكين للكافيين المعتاد ، قد يكونوا في خطر متزايد للانسحاب من للكافيين .

الآثار الوظيفية للاضطراب الانسحابى للكافيين :

أعراض انسحاب الكافيين يمكن أن تختلف من خفيفة الى الحاد ، مما تسبب في بعض الأحيان وظيفية انخفاض في الأنشطة اليومية العادية . معدلات مجموعة اضطراب وظيفي من ١٠ إلى ٥٥ ٪ (المتوسط ١٣ ٪) ، مع معدلات عالية مثل ٧٣ ٪ وجدت بين

الأفراد الذين تظهر أيضاً ميزات إشكالية أخرى من استخدام الكافيين . أمثلة من اضطراب وظيفي تشمل الوجود غير قادر على العمل ، وممارسة ، أو رعاية الأطفال؛ البقاء في السرير طوال اليوم؛ المفقودين الدينية الخدمات ، ووضع حد لقضاء إجازة في وقت مبكر ، وإلغاء لقاء اجتماعي . ويمكن وصف الصداع عن طريق الأفراد بأنها أسوأ صداع في أي وقت مضى . كما لوحظت في التناقصات المعرفي والأداء الحركي .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطرابات طبية أخرى والآثار الجانبية الطبية : وينبغي النظر في العديد من الاضطرابات في التشخيص التفريقي للانسحاب الكافيين . انسحاب الكافيين يمكن أن تحاكي الصداع النصفي والصداع الأخرى اضطرابات ، والأمراض الفيروسية ، وظروف الجيوب الأنفية ، والتوتر ، وغيرها من حالات انسحاب المخدرات (على سبيل المثال : من الأمفيتامينات والكوكايين) ، والآثار الجانبية الدواء . القرار النهائي للانسحاب الكافيين يجب أن يبنى على تحديد أسلوب والكمية المستهلكة ، والفاصل الزمني بين الكافيين والامتناع بداية الأعراض ، والمظاهر السريرية خاصة قدمها الفرد . وثمة تحد جرعة من الكافيين تليها العفو والصفح أعراض يمكن أن تستخدم لتأكيد التشخيص .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

قد يترافق انسحاب الكافيين مع كل من : الاضطراب الاكتئابي ، ومع اضطراب القلق المعمم ، واضطراب الهلع ، ومع اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع لدى البالغين ، أو مع اضطراب تعاطي الكحول المعتدل والحاد ، وتعاطي الحشيش الكوكايين .

الاضطرابات الأخرى الناتجة عن مواد الكافيين
Other Caffeine-Induced Disorders :

وصفت الاضطرابات الناجمة عن الكافيين التالية في فصول أخرى من هذا الدليل للذين يعانون من اضطرابات مشتركة مع أعراض اضطراب الكافيين مثل : اضطرابات القلق ، واضطراب النوم الناجم عن الكافيين (اضطرابات النوم / والاستيقاظ) . نتيجة

للكافيين - ويتم تشخيص الاضطرابات التي يسببها تسممى الكافيين بدلا مـن انـسحاب الكافيين فقط ، وذلك عندما تكون الأعراض شديدة بما فيـه الكفايـة للتبريـر الـسريري المستقل ، والجدير بالاهتمام .

اضطراب الكافيين غير المحدد (F15.99) :

ينطبق هذا التصنيف على العروض التقديمية من سمات أعراض الكـافيين ، ذات الصلة بالفوضى التي تسبب الضيق السريري الهام ، أو ضعف في المجـالات الاجتماعيـة والمهنية ، أو في مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تـستوفي المعـايير الكاملـة لأي اضطراب متعلق بالكافيين ، أو مع أي اضطرابات محددة في الجوهر ، وذات الصلة باضطرابات فئة تشخيص الإدمان .

الاضطرابات المتصلة بالحشيش المخدر Cannabis-Related Disorders :

١. اضطراب استخدام مخدر الحشيش .
٢. مخدر الحشيش التسممى .
٣. الانسحاب من مخدر الحشيش .
٤. اضطرابات أخرى يسببها مخدر الحشيش .
٥. اضطراب مخدر الحشيش غير المحدد .

اضطراب استخدام مخدر الحشيش Cannabis Use Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A. يؤدي أسـلوب الإشـكالية لاسـتخدام الحـشيش المخـدر إلى ضـعف سـريري هـام أو محنة ، كما تجلى من قبل اثنين على الأقل من التالي ، والتي تحدث خلال فتـرة الـ ١٢ شهراً : -

١.غالباً ما يتخذ الحشيش المخدر بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان يعتزم .
٢. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة للخفض أو السيطرة علـى اسـتخدام الحشيش المخدر .
٣. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنـشطة الـضرورية للحـصول علـى الحـشيش المخدر ، واستخدام الحشيش المخدر ، أو على الشفاء من آثاره .

٤. رغبة قوية أو الرغبة في استخدام الحشيش المخدر .
٥. استخدام الحشيش المخدر بصورة متكررة مما يؤدى إلى عدم الوفاء بالالتزامات التي لها دوراً رئيسياً في العمل ، المدرسة ، أو المنزل .
٦. استمرار استخدام الحشيش المخدر على الرغم من وجود الاضطرابات المستمرة أو المتكررة الاجتماعية أو الشخصية ، والمشاكل الناجمة أو التي تفاقمت بسبب آثار الحشيش المخدر .
٧. تردى الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة وتخفيضها لاستخدام الحشيش المخدر .
٨. استخدام الحشيش المخدر المتكرر في الحالات التي تكون خطرة جسدياً .
٩. استمرار استخدام الحشيش المخدر على الرغم من وجود المعرفة المتكررة والمستمرة أو مع مشكلة مادية أو نفسية ، والتي من المرجح أن تكون ناجمة أو متفاقمة بواسطة الحشيش المخدر .
١٠. التسامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -
أ . أسلوب لزيادة كميات ملحوظة من الحشيش المخدر لتحقيق التسممى أو التأثير المطلوب .
ب . تضاؤل بشكل ملحوظ مع استمرار تأثير استخدام نفس الكمية من الحشيش .
١١. الانسحاب ، كما يتجلى من قبل أي من الإجراءات التالية : -
أ . متلازمة الانسحاب المميزة للحشيش المخدر (يرجى الرجوع إلى معايير (A,B) من المعايير المحددة للانسحاب الحشيش المخدر) .
ب . الحشيش المخدر (أو المادة التي ترتبط ارتباطا وثيقا بالمخدر) لتخفيف أو تجنب الانسحاب من الأعراض .

تحديد ما إذا : -

تحسن واختفاء في وقت مبكر : والذى يحدث بعد ظهور المعايير الكاملة لاضطراب تعاطي الحشيش المخدر والتي تلتقى في وقت سابق ،وقد تلتقى أياً من معايير اضطراب استخدام الحشيش المخدر(لمدة ٣ أشهر) على الأقل وقد تستمر لمدة لا تقل عن

١٢ شهراً (مع الاستثناء فى معيار A4 ،" مثل الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) ، أو الرغبة القوية على حث استخدام الحشيش المخدر ، لا يجوز الحد منه) .

يأتى العفو والصفح المستدام ؛ بعد المعايير الكاملة لاضطراب استخدام الحشيش المخدر التى حدثت في السابق واستوفيت أياً من معايير اضطراب استخدام الحشيش المخدر في أي وقت خلال (فترة ١٢ شهراً) أو أكثر (باستثناء أن معيار A4 يضيف رغبة قوية ، أو الرغبة في استخدام الحشيش المخدر) ، وقد تكون موجودة .

إذا ما تم تحديد : -

في البيئة المسيطر عليها : يستخدم تشخيص إضافى محدد ، إذا كان الفرد في بيئة يتم فيها تقييد الوصول إلى استخدام الحشيش المخدر .

رمز القائمة على شدة الحالة : ملاحظة الرموز ICD-10-CM : إذا كان تسممى الحشيش المخدر ، أو انسحاب الحشيش المخدر ، أو اضطراب عقلي آخر يسببه الحشيش وهذا لا يستخدام الرموز أدناه لاضطراب تعاطي الحشيش المخدر . وبدلا من ذلك ، استخدام الحشيش المخدر لاضطراب الحالة المرضية ، والذى يشار إليه فى الشخصية ، والاضطراب الناجم عن الحشيش المخدر (راجع ملاحظة الترميز لتسمم الحشيش المخدر والانسحاب من الحشيش ، أو التي يسببها اضطراب عقلي ناتج عن استخدام الحشيش) .

على سبيل المثال : إذا كانت هناك حالة مرضية يسببها الحشيش ، واضطراب القلق الناتج عن استخدام الحشيش المخدر ، وتعطى فقط تشخيص القلق الناجم عن اضطراب ، مع كود/ رمز الحشيش المخدر ، أما اذا كانت الحالة المرضية لاضطراب تعاطي الحشيش المخدر الخفيف ، أو المعتدل أو الشديد : -

F12.180 اضطراب تعاطي الحشيش المخدر الخفيف الناجم عن الحشيش المخدر ، واضطراب القلق الناتج عن الحشيش المخدر F12.280 أو لاضطراب استخدام الحشيش المخدر المعتدل أو الشديد الناجم عن اضطراب قلق الحشيش المخدر .

تعيين خطورة الحالة : -

- (**F12.10**) معتدلة : وجود ٢-٣ أعراض .
- (**F12.20**) متوسطة : وجود ٤-٥ أعراض .

- (F12.20) شديدة : وجود ٦ أو أكثر من الأعراض .

محددي المواصفات Specifiers :

تغيير شدة الحالة ، ويتم عبر فترة زمنية من التعاطى، ويمكن أيضاً أن تنعكس على التغيرات التي تطرأ على درجة تعاطيه (على سبيل المثال : أيام من الاستخدام الشهري ، أو استخدام لمرة واحدة فى اليوم) أو جرعة واحدة يومياً من الحشيش ، أوفقا لما يقوم به المدمن ، ووفقاً لتقرير الآخرين المحيطين به ، وملاحظات الطبيب ، والاختبارات البيولوجية .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

اضطراب تعاطي الحشيش المخدر : وغيرها من الاضطرابات ذات الصلة بالحشيش المخدر وتشمل المشاكل التي ترتبط مع المواد المستمدة من نبات الحشيش المخدر والاصطناعية المماثلة للمركبات الكيميائية . ومع مرور الوقت ، قد تتراكم هذه المواد النباتية مع العديد من الأسماء (على سبيل المثال : الأعشاب الضارة ، عشب ، مثل منشط ماري جين ، ومنشطات بانج وجنجا) . (معيار A) وهى مادة مركزة مستخرجه من نبات الحشيش المخدر .

أما الحشيش المخدر فهو المصطلح العلمي عامة والذى ربما كان الأنسب للمؤثرات العقلية والمشتق من نبات الحشيش ، وعلى هذا النحو يتم استخدامه فى جميع أشكال مواد مثل الحشيش ، بما في ذلك مركبات الحشيش المخدر الاصطناعية .

أما كبسولة منع الحمل من دلتا -٩- تتراهيدروكانابينول (دلتا -٩- THC) فهى وصفة طبية لعدد من المؤشرات الطبية المعتمدة (على سبيل المثال : للغثيان والقيء الناجم عن العلاج الكيميائي ؛ أو لفقدان الشهية وفقدان الوزن في الأفراد مع الإيدز) . ويتم تصنيعها من مركبات الحشيش المخدر الاصطناعي الأخرى وتوزيعها للاستخدام غير الطبي في شكل المواد النباتية التي تم رشها مع الحشيش المخدر ، والصياغة (على سبيل المثال : K2 ، التوابل ، JWH -018 ، JWH -073) .

أما المواد المخدرة فيكون لها آثار متنوعة في الدماغ ، والبارزة بين الإجراءات CB2 وبين مستقبلات الحشيش المخدر التي تم العثور عليها في جميع أنحاء الجهاز العصبي المركزي ، وبالروابط الذاتية لهذه المستقبلات التى تتصرف أساسا مثل النواقل العصبية .

أما قوة الحشيش المخدر (تركيز دلتا -٩- THC) والتوفر بصفة عامة فيختلف إلى حد كبير ، والذى يتراوح من ١ ٪ إلى ما يقرب من ١٥ ٪ في مادة نبات الحشيش المخدر و١٠-٢٠ ٪ في الحشيش ، وخلال العقدين السابقين تبين وجود زيادة مطردة في قوة الحد والضبط الأمنى للحشيش المخدر .

ويدخن الحشيش الأكثر شيوعاً عن طريق مجموعة متنوعة من الأساليب : مثل أنابيب المياه (الشيشة) والسجائر ، مؤخرا ، في ورقة من تجويف السيجار (يتثلم) . كما يتم تناوله عن طريق الفم .

وقد يتم خلط الحشيش المخدر - في بعض الأحيان - عن طريق خلطه مع الغذاء ، وفي الآونة الأخيرة ، وضع الحشيش المخدر داخل الأجهزة وتركه" يتبخر " وينطوي التبخر على تسخين المواد النباتية المخدرة المؤثرة على العقل / ثم استنشاقها ، وكما هو الحال مع غيرها من المواد المؤثرة على العقل ، يؤدى (التبخر) إلى إنتاج بداية سريعة وأكثر كثافة من آثار الحشيش المخدر .

ويمكن للأفراد الذين يستخدمون الحشيش المخدر بانتظام تطوير كافة المميزات التشخيصية العامة مع اضطراب تعاطي المخدرات . ولوحظ اضطراب استخدام الحشيش المخدر - عادة - كمادة تستخدم لكف الاضطرابات التي يعيشها الفرد ، وقد يحدث - في كثير من الأحيان - بشكل متزامن مع أنواع أخرى من اضطرابات تعاطي المخدرات (أي الكحول والكوكايين والمواد الأفيونية) . وفي الحالات التي تستخدم أنواع متعددة من المواد ولمرات عديدة ، يجوز للفرد أن يقلل الأعراض المرتبطة به .

أما الأعراض فقد تكون أقل حدة أو سبب الضرر الأقل من المتعلق مباشرة باستخدام مواد أخرى . أما الدوائية والتسامح السلوكي لمعظم آثار الحشيش المخدر ، فقد تم الإبلاغ عنها في الأفراد الذين يستخدمون الحشيش باستمرار . وعموما ، يتم فقدان التسامح عندما يتم التوقف عن استخدام الحشيش المخدر لفترة طويلة من الزمن (أي لعدة أشهر على الأقل) .

والجديد فى الدليل التشخيصى الحالى DSM-5 فهو الاعتراف بأن التوقف المفاجئ عن استخدام الحشيش المخدر يوميا أو بصفة شبه يومية ، فغالباً ما يؤدي إلى ظهور متلازمة الانسحاب من الحشيش المخدر . أما الأعراض الشائعة للانسحاب فتشمل

التهيج والغضب أو العدوان ، والقلق ، والمزاج المكتئب ، والأرق ، وصعوبة النوم ، وقلة الشهية أو فقدان الوزن .

وعلى الرغم من أن حدة الكحول أو الانسحاب الأفيوني ، يمكن أن يسبب متلازمة الانسحاب من الحشيش المخدر مع استغاثة كبيرة ، قد تساهم في صعوبة الإقلاع عن تدخين الحشيش أو الانتكاس بين أولئك الذين يحاولون الامتناع عنه .

أم الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام الحشيش المخدر فقد يستخدمون الحشيش المخدر طوال اليوم ، وعلى مدى فترة أشهر أو سنوات ، وبالتالي قد يقضون ساعات طويلة يوميا تحت تأثير الكحول .

وقد يستخدم آخرون نسب أقل كثيراً ، إلا أن هذا الاستخدام يسبب مشاكل متكررة ومتصلة للأسرة ، والمدرسة أو العمل أو الأنشطة الأخرى الهامة (مثل الغياب المتكرر في العمل؛ وإهمال التزامات الأسرة) .

أما استخدام الحشيش والمخدر والتسممى بصورة دورية ، فيمكن أن يؤثر سلبياً على المجالات السلوكية والوظائف الإدراكية ، وبالتالي يتداخل مع الأداء الأمثل في العمل أو المدرسة ، إضافة إلى وضع الفرد في خطر مادي متزايد عند تنفيذ الأنشطة التي يمكن أن تكون خطرة جسدياً (مثل قيادة السيارة ؛ وممارسة رياضات معينة ؛ وحتى على أداء العمل اليدوي الأنشطة ، بما في ذلك تشغيل الآلات) .

أما الحجج مع الأزواج أو الآباء والأمهات على استخدام الحشيش المخدر في المنزل ، أو استخدامه في وجود الأطفال ، فيمكن أن يؤثر تأثيرا ضارا على عمل الأسرة ، وحتى على السمات المشتركة لذوي اضطراب تعاطي الحشيش المخدر .

وقد يستمر الأفراد (مع اضطراب استخدام الحشيش المخدر) على الرغم من المعرفة المادية بالمشاكل الصحية والنفسية (على سبيل المثال : السعال المزمن المرتبط بالتدخين) أو بالمشاكل النفسية (مثل التخدير المفرط ، أو تفاقم مشاكل الصحة العقلية الأخرى) المرتبطة باستخدامه .

ويتأثر تشخيص الحالة (وينبغى ألا يتم) عند استخدام الحشيش المخدر لأسباب طبية مشروعة والذى قد تؤثر على التشخيص . وعندما يتم أخذ مادة كما هو مبين لحالة طبية ، فإن أعراض التسامح وانسحاب سوف تحدث بشكل طبيعي ويجب أن

لا تستخدم كمعايير أساسية لتحديد تشخيص اضطراب تعاطي المخدرات . وعلى الرغم من الاستخدامات الطبية للقنب ، إلا أنها لا تزال ملتبسة ومثيرة للجدل ، واستخدام الظروف الطبية يجب أن يتم عندما يتم إجراء التشخيص .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد الذين يستخدمون الحشيش المخدر بانتظام - في كثير من الأحيان - قدموا تقارير تفيد باستخدامها للتعامل مع المزاج ، والنوم ، والألم ، أو مشاكل فسيولوجية أو نفسية أخرى ، وذلك ما تم تشخيصه مع اضطراب استخدام الحشيش المخدر - في كثير من الأحيان - لمن يعانون من اضطرابات عقلية أخرى متزامنة .

أما التقييم الدقيق فعادة ما يكشف تقارير عن استخدام الحشيش المخدر ، والذى يسهم في تفاقم هذه الأعراض ، فضلا عن أسباب أخرى للاستعمال المتكرر (على سبيل المثال : تجربة النشوة ، لنسيان المشاكل ، أو دفعاً للغضب ، أو كنشاط اجتماعي) . وفيما يتعلق بهذه المسألة ، فإن بعض الأفراد الذين يستخدمون الحشيش المخدر عدة مرات في اليوم / أو فى فترة سابقة ، وهم لا يبلغون عن ضياع الوقت المفرط تحت تأثير الحشيش المخدر ، وقد يتم ذلك على مدار معظم أيام الأسبوع .

أما العلامة الهامة لتشخيص اضطراب تعاطي المخدرات ، وخاصة في الحالات الخفيفة ، ومع الاستخدام المستمر ، والذى يمثل خطراً واضحاً من الآثار السلبية للأنشطة الأخرى (على سبيل المثال : المدرسة ، العمل ، النشاط الرياضي ، الزوج أو العلاقة بين الوالدين) .

ونظراً لأن دوافع بعض مستخدمي الحشيش المخدر قد يقللوا كمية المخدر ، إلا أن تواتر الاستخدام ، يمكن أن يشير إلى بينة من أعراض تعاطي الحشيش المخدر والتسممي الأكثر شيوعاً وذلك لإجراء تقييم أفضل لمدى استخدامها .

وكما هو الحال مع غيرها من المواد المخدرة ، فقد شهد مستخدمي الحشيش المخدر تطوير التسامح السلوكي والدوائي من النوع الذي يمكن أن يكون صعبا للكشف عنه ، وخاصة (عندما يكونون تحت تأثير الكحول) .

أما علامات الاستخدام الحادة والمزمنة فتشمل احمرار العينين (احتقان الملتحمة) ، ورائحة الحشيش على الملابس ، واصفرار أطراف الأصابع (من التدخين المفاصل) ، والسعال المزمن ، وحرق البخور (لإخفاء رائحة المخدرات) ، والشغف المبالغ فيه لأغذية معينة ، وأحيانا في أوقات غير عادية من النهار أو الليل .

معدل الانتشار Prevalence :

المواد المخدرة ، وخاصة الحشيش ، هى الأكثر استخداماً على نطاق واسع على المؤثرات العقلية غير المشروعة في الولايات المتحدة .

أما معدل الانتشار لمدة ١٢ شهراً من اضطراب استخدام الحشيش المخدر (DSM–IV من التعاطي والاعتماد كمعدلات مجتمعة) فتصل إلى ما يقرب من ٣,٤٪ بين الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٢ -١٧ عاما و١,٥ ٪ بين البالغين في سن ١٨ عاما فما فوق .

أما اضطراب معدلات استخدام الحشيش المخدر فيصل مع البالغين من العمر ١٧ عاما - بين الذكور البالغين (٢,٢ ٪) وبين الإناث البالغات (٠,٨ ٪) ، وتصل النسبة لدى الذكور (٣,٨٪) من بين (١٢ – ١٧) عاماً من الإناث ، وبمعدل انتشار يصل إلى ١٢ شهراً بنسبة (٣,٠٪) . أما اضطراب معدلات استخدام الحشيش المخدر بين البالغين فيقل مع التقدم في السن ، مع معدلات أعلى مع الذين تتراوح أعمارهم بين(١٨ – ٢٩) عام بنسبة (٤,٤٪) وأدنى بين الأفراد في سن (٦٥ سنة) فما فوق وبنسبة (٠,٠١ ٪) .

والأرجح أن يعكس ارتفاع معدل انتشار اضطراب استخدام الحشيش المخدر على نطاق واسع أكثر من ذلك بكثير، خاصة مع استخدام الحشيش المخدر بالنسبة إلى غيره من المخدرات غير المشروعة بدلا من الزيادة المحتملة المسببة للادمان .

كما لوحظ بأن الاختلافات العرقية في معدل الانتشار تتضح بصورة معتدلة . أما معدل الانتشار فيصل (كم سبق) إلى اثني عشر شهراً مع استخدام الحشيش المخدر / والذى يختلف بشكل ملحوظ بين اضطراب المجموعات الفرعية العرقية في الولايات المتحدة مع الحالات الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٧ عاما ، مع معدلات أعلى فى

مستوياتها بين الأميركيين الأم / وبين سكان آلاسكا الأصليين بنسبة (٧,١ ٪) مقارنة مع اللاتينيين (٤,١ ٪) والبيض (٣,٤ ٪) ، والأمريكيين من أصل أفريقي بنسبة (٢,٧ ٪) ، والأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ بنسبة (٠,٩ ٪) . من البالغين .

أما معدل انتشار اضطراب استخدام الحشيش فهو أعلى نسبة بين الأمريكيين الأصليين وسكان آلاسكا الأصليين بنسبة (٣,٤٪) أما المعدلات بين الأميركيين الأفارقة فتصل إلى (١,٨ ٪) والبيض (١,٤ ٪) واللاتينيين (١,٢٪) ، وآسيا وسكان جزر المحيط الهادئ بنسبة (١,٢ ٪) .

وخلال العقد السابق زاد معدل انتشار اضطراب استخدام الحشيش المخدر بين البالغين والمراهقين . أما الفروق بين الجنسين في اضطراب استخدام الحشيش المخدر فعادة ما تكون متطابقة مع تلك الموجودة في اضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى . كما لوحظ أن اضطراب استخدام الحشيش المخدر أكثر شيوعاً في الذكور عنه / لدى الإناث ، على الرغم من أن حجم هذا الاختلاف أقل بين المراهقين من الجنسين .

دورة التنمية Development and Course :

يمكن أن تحدث بداية اضطراب استخدام الحشيش المخدر في أي وقت خلال أو بعد مرحلة المراهقة ، أما البداية الأكثر شيوعاً فتحدث خلال فترة المراهقة أو مرحلة الشباب . إلا أن بداية اضطراب استخدام الحشيش المخدر يحدث في سنوات المراهقة أو في ٢٠ عام ، وقد يحدث في وقت متأخر ، ويمكن أن يحدث مع كبار السن ، كما أن بعض استخدام وتوافر" الماريجوانا الطبية " قد يزيد من معدلات ظهور اضطراب تعاطي الحشيش المخدر بين البالغين الأكبر سنا .

وعموماً فإن اضطراب استخدام الحشيش المخدر يتطور على مدى فترة طويلة من الزمن ، وذلك على الرغم من أنه يبدو أسرع في المراهقين ، ولا سيما مع تفشي المشاكل المترتبة على تعاطيه . ومعظم الناس الذين يصابون باضطراب استخدام الحشيش المخدر عادة ما يقوموا باستخدام الحشيش المخدر ، والذي تزداد جرعته تدريجيا . ويعد الحشيش المخدر ، جنبا إلى جنب مع التبغ والكحول ، - في العادة - المادة الأولى التي يلجأ إليها المراهقين فى الولايات المتحدة .

ويرى العديد بأن استخدام الحشيش المخدر - كما يعتقدون - أقل ضررا من الكحول أو تعاطي التبغ ، وهو ما يعد تصوراً خاطئاً بكل المعايير .

وعلاوة على ذلك ، فإن مخدر الحشيش التسممى لا يؤدي عادة إلى ضعف السلوكية والمعرفية الشديدة كما يفعل تسمم الكحول الكبير ، والذي قد يزيد من احتمال استخدامه بصورة أكثر تواترا في حالات أكثر تنوعا مع الكحول . وهذه العوامل من المرجح أن 'تسهم في التحول السريع المحتمل من استخدام الحشيش المخدر لاضطراب تعاطي الحشيش المخدر بين بعض المراهقين والمشتركة مع أسلوب الاستخدام طوال اليوم ، والذي يلاحظ عموما بين أولئك الذين لديهم استخدام أكثر للحشيش المخدر ، مع الفوضى الشديدة .

وعادة ما يتم التعبير عن اضطراب تعاطي الحشيش المخدر ، مع الاستخدام المفرط بين المراهقين والبالغين الشباب ، والذى يرتبط بأسلوب الجانحين الآخرين مع تلك السلوكيات المرتبطة عادة مع السلوك المنحرفة .

أما الحالات من الاستخدام الخفيف فهى تعكس في المقام الأول استمرار المشاكل الواضحة التى تتعلق بالرفض من استخدامه من قبل إدارة المدرسة ، أو الأسرة ، الأمر الذي يضع الشباب معرضين لخطر العواقب البدنية والسلوكية . أما في الحالات الأكثر شدة ، فقد يتم تطوير استخدامه طوال اليوم ، والذى قد يتداخل مع الأداء اليومي ويؤثر بكل المقاييس على كل الأنشطة الاجتماعية الإيجابية للفرد .

ويحدث مع المستخدمين المراهقين ، تغيرات في المزاج والاستقرار النفسى ، ومستوى الطاقة ، وأنماط الأكل والتى يتم ملاحظتها بصفة عامة . وهذه العلامات والأعراض تتم على الأرجح بسبب الآثار المباشرة لاستخدام لقنب/ الحشيش (تسمم) أما الآثار اللاحقة التالية للتسممى الحاد (القادمة لأسفل) ، وكذلك محاولات إخفاء استخدامه عن الآخرين / فتشمل المشاكل المتعلقة بالمدرسة ، والتى عادة ترتبط باضطراب استخدام الحشيش المخدر في المراهقين ، وبخاصة الانخفاض الحاد في الصفوف ، والتغيب عن المدرسة ، وانخفاض الفائدة في النشاطات المدرسية ونتائجها العامة .

اضطراب تعاطي الحشيش المخدر بين البالغين : وينطوى عادة على أنماط يومية راسخة من استخدام الحشيش المخدر الذى يتعاطاه الفرد على الرغم من المشاكل النفسية أو الطبية الواضحة . وقد يبدى الكثير من البالغين الرغبة المتكررة لوقف أو الفشل في وقف التعاطى عبر محاولات متكررة .

أما أخف حالات الكبار فقد تشبه الحالات الأكثر شيوعاً بين المراهقين فى استخدام الحشيش المخدر غير المتكرر ، إلا أن الاستخدام الثقيل له / يحمل عواقب كبيرة خطيرة نتيجه لهذا الاستخدام المستدام . كما أن معدل استخدامه بين الأفراد (فى منتصف العمر وكبار السن) يبدو أنه فى زيادة ، ومن المحتمل أن يرجع ذلك بسبب تأثير (حروب أمريكا فى فيتنام وغيرها) مما ساهم فى ارتفاع معدل انتشار استخدام الحشيش فيما بين في أواخر (أعوام ١٩٦٠ و١٩٧٠) .

وفى قت مبكر من بداية استخدام الحشيش المخدر (على سبيل المثال : قبل سن ١٥ عاما) شكل مؤشراً قوياً لتنمية اضطراب تعاطي الحشيش المخدر ، وأنواع أخرى من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة / مع ظهور الاضطرابات النفسية خاصة خلال سنوات مرحلة الشباب .

وهذه البداية المبكرة من المرجح أن تتزامن مع المشاكل الخارجية ، ومع ذلك ، فإن البداية المبكرة هى أيضاً مؤشراً لاستيعاب المشاكل ، والتى ربما تعكس المخاطر العامة لتطوير اضطرابات الصحة العقلية .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : هناك تاريخ من اضطرابات السلوك في الطفولة أو المراهقة والمعادي للمجتمع يترافق مع اضطراب في الشخصية / وكلها من عوامل الخطر لتطوير العديد من المواد ذات الصلة بالاضطرابات ، بما في ذلك الاضطرابات المرتبطة بالحشيش المخدر . كما تشمل عوامل الخطر الخارجي الأخرى ، وقد يتم استيعاب تلك الاضطرابات خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة . إلا أن الشباب مع تطور الأفعال السلوكية العالية ، قد يظهروا عشرات من السلوك الفاضح ، والمرتبط بالبداية المبكرة لاضطرابات تعاطي المخدرات ، بما في ذلك اضطراب

تعاطي الحشيش المخدر ، والتورط مع مواد أخرى متعددة ، والمقترنة بالمشاكل السلوكية في وقت مبكر من حياتهم .

المخاطر البيئية : وتشمل عوامل الخطر كل من : الفشل الدراسي ، تدخين التبغ ، غير المستقر أو المسيئ ، والوضع العائلي ، واستخدام الحشيش المخدر بين أفراد الأسرة المباشرين ، والذى قد يرتبط بالتاريخ العائلي (الأسرة) من تعاطي المخدرات ، والوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض . وكما هو الحال مع جميع المواد التى يتم تعاطيها ، مع سهولة وتوافر المادة (الحشيش متاح ويباع بشكل رسمى فى الولايات المتحدة)، كأحد أهم عوامل الخطر ؛ فالحشيش المخدر من السهل – نسبياً – الحصول عليه في بعض الثقافات ، مما يزيد من خطر الإصابة باضطراب تعاطي الحشيش المخدر .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : تساهم التأثيرات الجينية فى تطوير اضطرابات استخدام الحشيش المخدر . كما تُسهم العوامل الوراثية بنسب ما بين (٣٠ ٪ و٨٠ ٪) من التباين الكلي في خطر التعرض للاضطرابات الناجمة عن تعاطي الحشيش . وتجدر الإشارة إلى أن العوامل الوراثية والبيئية المشتركة بين تأثيرات الحشيش مع أنواع أخرى من اضطرابات تعاطي المخدرات/ تُشير إلى الأساس الوراثي الأكثر شيوعاً لاستخدام المخدرات والمرتبط بمشاكل سلوكيات المراهقين .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية

: Culture-Related Diagnostic Issues

الحشيش المخدر هو على الأرجح الأكثر شيوعاً بين المواد غير المشروعة في العالم . وتحدث اضطرابات استخدام الحشيش المخدر في مختلف البلدان ، ومن غير المعروف ، ولا من غير المرجح معرفة معدلات الانتشار المماثلة بين البلدان المتقدمة . كما يعد استخدام الحشيش هو في كثير من الأحيان بين المواد الأولى للتجريب (في كثير من الأحيان في سن المراهقة) لدى جميع المجموعات الثقافية في الولايات المتحدة .

أما قبول الحشيش المخدر للأغراض الطبية ، فهو يختلف على نطاق واسع عبر وداخل الثقافات . وقد تؤثر العوامل الثقافية (القبول والوضع القانوني) على التشخيص المتعلق بتفاضلية العواقب عبر الثقافات للكشف عن استخدامه . اكما أن التغيير العام في

معايير تشخيص اضطراب تعاطي المخدرات من الدليل الرابع DSM-IV إلى الدليل الخامس الحالى DSM-5 (يختص بإزالة المشاكل القانونية المتكررة والمتصلة بمادة المعيار) والذى قد يخفف هذا القلق إلى حد ما .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

الاختبارات البيولوجية لنواتج أيض الحشيش المخدر وهي مفيدة كذلك لتحديد ما إذا كان الفرد لديه حشيش مخدر تم استخدامة مؤخراً أم لا . وهذا الاختبار مفيد في التوصل إلى تشخيص دقيق ، لا سيما في الحالات الخفيفة ، أو إذا كان الفرد ينفي استخدامه من حين لآخر (الأسرة ، العمل ، المدرسة) ويدعي القلق حول مشكلة تعاطي المخدرات . ولأن المواد المخدرة هي بمثابة دهون قابلة للذوبان ، أو لا تزال قائمة تفرز سوائلها فى الجسم لفترات طويلة من الزمن وببطء . إلا أن الخبرة قد تتضح في اختبار البول / كما أنه لا زالت هناك حاجة لاتخاذ أساليب جديدة لتفسير نتائج موثوق بها .

العواقب الوظيفية من اضطراب استخدام الحشيش المخدر :

العواقب الوظيفية من اضطراب استخدام الحشيش المخدر هي جزء من معايير التشخيص : ويجوز المساس بكثير من مجالات الأداء النفسي والاجتماعي والمعرفي ، والصحى فيما يتعلق باضطراب استخدام الحشيش المخدر . ويبدو أن الوظائف المعرفية ، والظيفة التنفيذية العليا بشكل خاص ، يمكن أن تتعرض للخطر لدى مستخدمي الحشيش المخدر ، وهذه العلاقة تبدو أنها تعتمد على الجرعة (سواء بشكل حاد أو مزمن) . وقد يسهم ذلك في زيادة الصعوبة في المدرسة أو العمل . وقد تم استخدام الحشيش المخدر ذات الصلة / مما يؤدى إلى انخفاض النشاط الاجتماعي الإيجابي الموجه نحو الهدف ، والذي وصفه البعض بالمتلازمة التحفيزية ، والتي تتجلى في ضعف الأداء المدرسي مثلاً . وقد تكون ذات صلة بهذه المشاكل ، وبمعدل انتشار التسمم أو التعافي من آثار التسممى . وبالمثل ، يرتبط الحشيش – بما تم الإبلاغ عنه – من مشاكل مع العلاقات الاجتماعية الأكثر شيوعاً مع اضطراب تعاطي الحشيش المخدر .

أما الحوادث الناتجة عن المشاركة في السلوكيات الخطرة مثل تأثير المشاركة في : (أنشطة مثل القيادة والرياضة والترفيه أو العمل) . ويحتوي دخان الحشيش المخدر على مستويات عالية من المركبات المسببة للسرطان ، والتي تضع المستخدمين المزمنين معرضين لخطر أمراض الجهاز التنفسي المماثلة لتلك التي يعيشها مدخني التبغ . كما يُسهم استخدام الحشيش المزمن للمخدر لظهور أو تفاقم العديد من الاضطرابات النفسية الأخرى / وعلى وجه الخصوص ، آثار القلق إزاء استخدام الحشيش المخدر باعتباره عاملا مسببا لمرض انفصام الشخصية والاضطرابات النفسية الأخرى . كما أن استخدام الحشيش المخدر يمكن أن يُسهم في بداية حلقة حالة ذهانية حادة ، ويمكن أن يؤدي إلى تفاقم بعض الأعراض ، كما يمكن أن يؤثر سلبا على العلاج الرئيس للاضطرابات الذهانية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

استخدام - غير إشكالية - الحشيش المخدر : قد يكون التمييز بين استخدام (غير إشكالية) الحشيش المخدر واضطراب تعاطي الحشيش المخدر صعبا لاتخاذ تشخيص محدد ، حيث تتميز المشاكل الاجتماعية والسلوكية والنفسية بالصعوبة في وضع معيار موحد لها ، لأنها تتميز بالنسبية عبر الأفراد والمجتمعات ، لذا من الصعوبة أن تنسب إلى الجوهر ، ولا سيما في سياق استخدام مواد أخرى أيضاً .

كما أن الحرمان من استخدام الحشيش المخدر الثقيل والإسناد التي الحشيش المخدر يرتبط كذلك بمشاكل كبيرة شائعة بين الأفراد الذين يشار إليهم - من قبل الآخرين - بضرورة طلب العلاج (أي من المدرسة ، والأسرة ، وصاحب العمل ، ونظام العدالة الجنائية) .

الاضطرابات النفسية الأخرى : يمكن وصف الأعراض الناجمة عن اضطراب الحشيش المخدر (على سبيل المثال : القلق) والذى يشبه الاضطرابات النفسية الأولية (على سبيل المثال : اضطراب القلق العام مقابل الحشيش المخدر الذى يسببه اضطراب القلق ، والمترافق ظهوره خلال الاضطراب التسممى) .

ولوحظ بأن كمية من الحشيش (مع الاستخدام المزمن) يمكن أن يؤدي إلى انعدام الدوافع ، الذي يشبه اضطراب الاكتئاب الثابت (اكتئاب) . كما لوحظ بأن ردود الفعل

السلبية الحادة متباينة تجاه الحشيش المخدر ، مع ظهور أعراض اضطراب الهلع ، والاضطراب الاكتئابي ، واضطراب الوهمية ، والهوس الاكتئابي ، أو الفصام ، ونوع من اضطراب جنون العظمة . وغالباً ما يظهر الفحص البدني عادة ظهور زيادة فى نبض القلب واحتقان الملتحمة ، كما يمكن لاختبار لسمية البول أن يكون مفيداً في التوصل إلى تشخيص دقيق .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

كان يعتقد - عادة - بان الحشيش المخدر دواء لدى الأفراد الذين كثيراً ما يستخدمون الحشيش المخدر وقد يستخدمونه مدى الحياة / وعلى النقيض مع الناس - من غير المستخدمين له - والذين يعتبرونه عادة من المواد الأكثر خطورة ، مثل المواد الأفيونية والكوكايين .

ويعانى مستخدمى الحشيش المخدر من اضطرابات تعاطي مواد أخرى : والتى قد تتشارك في حدوث الأمراض النفسية الشائعة مثل اضطراب تعاطي الحشيش المخدر . وقد ارتبط استخدام الحشيش المخدر بالأمراض النفسية ، وارتفاع معدلات الاكتئاب ، واضطرابات القلق ، ومحاولات الانتحار ، والاضطرابات السلوكية .

كما تم رصد الأفراد (مع العام السابق) مع اضطراب تعاطي الحشيش المخدر مدى الحياة لديهم ارتفاع فى معدلات استخدام اضطراب الكحول بنسبة (أكبر من ٥٠٪) ومع اضطراب تعاطي التبغ بنسبة (٥٣ ٪) .

كما أن معدلات الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مادة أخرى ، من المرجح أيضاً أن تكون عالية بين الأفراد الذين يعانون من استخدام الفوضى مع الحشيش المخدر . عنه بين أولئك الذين يسعون لعلاج اضطراب تعاطي الحشيش المخدر .

وأثبتت التقارير بأن نسبة ٧٤ ٪ (من طلاب الثانوى ، والتعليم العالى) ينخرطون مع إشكالية استخدام الكحول بنسبة (٤٠ ٪) والكوكايين بنسبة (١٢ ٪) والميثامفيتامين بنسبة (٦ ٪) ، والهيروين أو المواد الأفيونية الأخرى بنسبة (٢ ٪) . وذلك بين أولئك الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاما ، كما تبين أن ٦١ ٪ استخدام انخرطوا كذلك مع مادة الثانوية مثل : الكحول بنسبة (٤٨ ٪) والكوكايين بنسبة (٤ ٪) والميثامفيتامين بنسبة (٢٪) ، والهيروين أو المواد الأفيونية الأخرى بنسبة (٢ ٪) .

كما أن اضطراب استخدام الحشيش المخدر هو أيضاً في كثير من الأحيان يمثل مشكلة ثانوية أثناء تشخيص الاضطرابات الرئيس لمادة أخرى ، حيث يتداخل مع ما يقرب من ٢٥ ٪ –٨٠ ٪ أثناء العلاج من مادة أخرى .

ويتم تشخيص اضطراب استخدام الحشيش المخدر للأفراد (فى العام السابق) أو ممن لديهم معدلات عالية من الاضطرابات النفسية الأخرى المتزامنة مع الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة .

وتصل نسبة الاضطراب الاكتئابي (١١ ٪) ، واضطراب القلق بنسبة (٢٤ ٪) ، واضطراب ثنائي القطب الأول بنسبة (١٣ ٪) واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع بنسبة (٣٠ ٪) ، الوسواس القهري بنسبة (١٩ ٪) ، وجنون العظمة بنسبة (١٨ ٪) . أما اضطرابات الشخصية فتصل إلى حوالي ٣٣ ٪ من المراهقين الذين يعانون من اضطراب استخدام الحشيش المخدر (على سبيل المثال : القلق ، والاكتئاب ، واضطراب ما بعد الصدمة) ، و٦٠ ٪ من الاضطرابات الخارجية (على سبيل المثال : اضطراب السلوك ، اضطراب نقص الانتباه) .

على الرغم من أن استخدام الحشيش المخدر الذى يمكن أن يؤثر على جوانب متعددة من عمل الإنسان العادي ، بما في ذلك اضطراب الأوعية الدموية للقلب ، والأمراض المناعية العصبية والعضلية ، وأمراض نظم الجهاز التنفسي ، وكذلك اضطرابات الشهية والإدراك ، وهناك عدد قليل واضح من الظروف الطبية التي عادة ما تتزامن مع اضطراب تعاطي الحشيش المخدر . أما أهم آثار الحشيش المخدر فتنطوي على الجهاز التنفسي ، مع حدوث معدلات عالية من أعراض الجهاز التنفسي مثل التهاب الشعب الهوائية ، وإنتاج البلغم ، وضيق في التنفس ، والصفير .

الحشيش المخدر التسممي Cannabis Intoxication :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الاستخدام الزائد من مخدر الحشيش .

B . تغييرات سريرياً هامة لإشكالية سلوكية أو نفسية (على سبيل المثال : ضعف التنسيق الحركي ، والنشوة ، والقلق ، والإحساس بتباطؤ الزمن ، وضعف التحكم ، والإنسحاب الاجتماعي) التي وضعت أثناء أو بعد فترة وجيزة ، من استخدام مخدر الحشيش .

C . اثنين (أو أكثر) من علامات أو أعراض نامية خلال ساعتين من استخدام تعاطى الحشيش أو المخدر التالية : -

١. احتقان الملتحمة .

٢. زيادة الشهية .

٣. جفاف الفم .

٤. عدم انتظام دقات القلب .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى (ليست أفضل) وتفسر اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى بمادة أخرى .

تحديد ما إذا : -

مع الاضطرابات الإدراكية : والتى تشمل الهلوسة مع اختبار الواقع السليم أو السمعية والبصرية ، أو حدوث الأوهام عن طريق اللمس في غياب الهذيان .

ملاحظة عن الترميز : مع أدلة منظمة الصحة العالمية رمز ICD-9-CM هو رمز ICD-10-CM والذى يعتمد على ما إذا أو لم يكن هناك حالة مرضية من اضطراب تعاطي الحشيش المخدر مع وجود أو عدم وجود اضطرابات الإدراك الحسي .

الحشيش المخدر (القنب) التسممى ، دون اضطرابات فى الإدراك الحسي : إذا كان اضطراب استخدام الحشيش المخدر للحالة المرضية خفيف ، فيرمز ICD-10-CM هو F12.129 ، وإذا كان اضطراب تعاطي الحشيش المخدر للحالة المرضية معتدل أو شديد ، فيرمز ICD-10-CM هو F12.229. وإذا لم يكن هناك حالة مرضية من اضطراب تعاطي الحشيش المخدر ، فيرمز ICD-10-CM هو F12.929.

تسمم الحشيش المخدر ، مع الاضطرابات الإدراكية : إذا كان اضطراب استخدام الحشيش المخدر خفيف للحالة المرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو FI 2.122 ، وإذا كان اضطراب تعاطي الحشيش المخدر الحالة المرضية معتدل أو شديد ، فيرمز ICD-10-CM هو FI 2.222. وإذا لم تكن هناك حالة مرضية لاضطراب تعاطي الحشيش المخدر ، فيرمز ICD-10-CM هو FI 2.922.

المواصفات المحددة Specifiers :

عندما تحدث الهلوسة في غياب اختبار الواقع السليم ، يمكن تشخيصه : بالمادة التى النظر التي يسببها الدواء للاضطراب الذهاني .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من الحشيش المخدر التسممى هو وجود إشكالية سريرية هامة، مع تغييرات سلوكية أو نفسية تحدث أثناء أو بعد فترة وجيزة من استخدام الحشيش المخدر (معيار B) .

وعادة ما يبدأ التسممى مع شعور عالي متبوعاً بالأعراض التي تشمل النشوة مع الضحك غير المناسب والعظمة ، والتخدير ، والخمول ، وضعف في الذاكرة على المدى القصير ، وصعوبة تنفيذ العمليات العقلية المعقدة ، وضعف التحكم ، وتصورات حسية مشوهة ، وضعف الأداء الحركي ، والإحساس بأن الوقت يمر ببطء .

وفي بعض الأحيان ، القلق (والذى يمكن أن يكون شديداً) ، والانزعاج ، الذى يحدث مع الانسحاب الاجتماعي . وتترافق هذه الآثار النفسية من قبل اثنين أو أكثر من العلامات التالية : بعد ساعتين من استخدام الحشيش المخدرمثل : الملتحمة ، وزيادة الشهية ، وجفاف الفم ، وعدم انتظام دقات القلب (C) .

تسمم يتطور في غضون دقائق من تدخين الحشيش : وقد يستغرق بضعة ساعات للتطوير إذا تم بلع الحشيش المخدر . أما الآثار فعادة ما تستمر من ٣-٤ ساعات ، وذلك منذ وقت تناول المادة .

أما حجم التغييرات السلوكية والفسيولوجية فيعتمد على الجرعة ، وطريقة الإدارة ، وخصائص الفرد مع استخدام تلك المادة ، مثل معدل الامتصاص ، التسامح ، والحساسية لتأثيرات هذه المادة . ولأن معظم المواد المخدرة ، بما في ذلك دلتا

-٩- تتراهيدروكانابينول (دلتا -٩- THC) ، والدهون القابلة للذوبان ، وآثار الحشيش المخدر والذى قد يستمر أحيانا أو يتكرار لمدة تتراوح ما بين (١٢-٢٤ ساعة) بسبب بطء الإفراج عن المؤثرات العقلية من الأنسجة الدهنية أو الدوران المعوي الكبدي .

معدل انتشار Prevalence :

معدل انتشار الحلقات الفعلية من الحشيش المخدر التسممى في عموم السكان غير معروف : ومع ذلك ، فمن المحتمل أن معظم المستخدمين للحشيش المخدر في بعض المعايير سوف يتعرضون مرة للقنب التسممي . ونظرا لذلك ، فإن معدل انتشار مستخدمي الحشيش المخدر / ومعدل انتشاره مع الأفراد الذين يعانون من الحشيش المخدر التسممى يرجح أن تكون مماثلة .

العواقب الوظيفية من الحشيش المخدر التسممى :

ضعف الناتج من الحشيش المخدر التسممى قد تكون لها عواقب خطيرة : بما في ذلك ضعف في العمل أو المدرسة ، والطائشة الاجتماعية ، والفشل في الوفاء بالتزاماته ، وحوادث المرور ، وممارسة الجنس الفوضوى ، وفي حالات نادرة ، قد يعجل تسمم الحشيش المخدر بظهور الذهان التي قد تختلف في مدتها .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

تشمل الأعراض السريرية الهلوسة في غياب الواقع السليم ، وينبغي النظر في اختبار ، تشخيص المادة التي يسببها دواء الاضطراب الذهاني ، وغيرها من التسممى الجوهر . أما الحشيش المخدر فقد يشبه التسممى أنواع أخرى من المواد . ومع ذلك ، وعلى النقيض من حشيش المخدر التسممى ، فقد تسبب الصورة السريرية المشابهة بالحشيش المخدر التسممى ، مثل فينسيكليدين ، والمماثل لآثار الحشيش المخدر ، ويمكن تدخينه أيضاً ويسبب تغيرات الإدراك الحسي ، ولكن فينسيكليدين التسممى ومن الأرجح أن يسبب الترنح والسلوك العدواني أعلى من الحشيش المخدر التسممى بكثير .

الاضطرابات الأخرى التي يسببها الحشيش : يتميز الحشيش المخدر التسممى عن آخر الاضطرابات التي يسببها الحشيش (على سبيل المثال : اضطرابات القلق ، مع

ظهوره خلال التسممى) ولأن الأعراض في هذه الاضطرابات الأخيرة تسود فيها الاضطرابات الشديدة بما يكفي لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

انسحاب الحشيش المخدر Cannabis Withdrawal :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F12.288) :

A . وقف استخدام الحشيش المخدر الثقيل طويل الأمد (كعادة يومية أو شبه يومية باستخدام خلال فترة لا تقل عن بضعة أشهر) .

B . ثلاثة (أو أكثر) من العلامات والأعراض التالية يمكن أن تتطور فى غضون ما يقرب من (مرة واحدة في الاسبوع) بعد المعيار **A** : -

١.التهيج والغضب ، أو العدوان .

٢. العصبية أو القلق .

٣. صعوبة النوم (على سبيل المثال : والأرق ، والأحلام المزعجة) .

٤. قلة الشهية أو فقدان الوزن .

٥. الأرق .

٦. المزاج المكتئب .

٧. واحد على الأقل من الانزعاج الهام التالي يسبب الأعراض الجسدية : ألم البطن ، والاهتزاز والهزات ، والتعرق ، حمى ، قشعريرة ، أو صداع .

C . علامات أو أعراض في المعيار B يسبب ضائقة مهمة سريرية أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهم من أداء .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى أو الانسحاب من مادة أخرى .

ملاحظة عن الترميز : رمز دليل الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-9-CM ، ICD-10-CM لانسحاب الحشيش المخدر هو F12.288. ويلاحظ أن الرمز ف (ICD-10-CM) يدل على وجود الحالة المرضية بين الاضطراب المعتدل أو الشديد الناتج عن استخدام الحشيش المخدر ، وهو ما يعكس حقيقة أن انسحاب

الحشيش المخدر يمكن أن يحدث فقط في وجود اضطراب تعاطي الحشيش المخدر المعتدل أو الشديد ، فلا يجوز لرمز الاضطراب المعتدل استخدام الحشيش المخدر للحالة المرضية مع الانسحاب .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من الحشيش المخدر هو الانسحاب : مع وجود الانسحاب المميز للمتلازمة التي تتطور بعد وقف أو تخفيض كبير في لفترات طويلة من استخدام الحشيش المخدر الثقيل .

وبالإضافة إلى الأعراض في المعيار B ، وقد يلاحظ أيضاً ما يلي : التعب ، والتثاؤب ، وصعوبة التركيز ، وانتعاش فترات زيادة الشهية وفرط النوم التي تتبع الفترات الأولى من فقدان الشهية والأرق .

التشخيص : تسبب أعراض الانسحاب ضائقة سريرية مهمة أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهام العمل (C) .

وقد أفاد كثير من مستخدمي الحشيش المخدر ، بأن تدخين الحشيش أو تناول مواد أخرى للمساعدة في تخفيف أعراض الانسحاب ، بالإضافة إلى العديد من تقارير أعراض الانسحاب/ كل ذلك جعل الإقلاع عن التدخين من الأمور الصعبة أو ساهمت في الانتكاس .

وعادة ما تكون الأعراض من الشدة بما يحتاج إلى العناية الطبية ، ولكن استخدام الدواء أو الاستراتيجيات السلوكية قد تساعد في تخفيف الأعراض لأولئك الذين يحاولون الإقلاع عن التدخين باستخدام الحشيش المخدر .

كما لوحظ أن انسحاب الحشيش المخدر عادة ما يكون في الأفراد الذين يلتمسون العلاج من استخدام القنب ، وكذلك في مستخدمي الحشيش المخدر الثقيل الذين يسعون للعلاج ، أو بين الأفراد الذين استخدموا الحشيش المخدر بانتظام خلال فترة من حياتهم ، وتصل نسبتهم إلى الثلث ، من العينة الذين قدموا تقريراً يفيد بذلك بعد أن شهدوا انسحاباً من الحشيش المخدر .

كما بلغت النسبة بين البالغين والمراهقين المسجلين الذين يسعون للعلاج من المستخدمين الحشيش المخدر الثقيل ، إلى ٥٠ -٩٥ ٪ الذين قرروا الانسحاب من

الحشيش المخدر . وتشير تلك النتائج تشير إلى أن الانسحاب من الحشيش المخدر يحدث بين مجموعة فرعية كبيرة من مستخدمي الحشيش العاديين الذين يحاولون الإقلاع عن التدخين .

دورة التنمية Development and Course :

تواتر تدخين الحشيش المخدر ينتج عن اضطراب الانسحاب المرتبط بمحاولة الإقلاع عن التدخين غير معروفة : إلا أن معظم الأعراض تبدأ في غضون (٢٤-٧٢ ساعة) الأولى من التوقف ، أما الذروة فتتضح خلال الأسبوع الأول ، والأخير لمدة حوالي (١-٢ أسبوع) وتترافق مع صعوبات النوم التي قد تستمر لأكثر من ٣٠ يوما . وقد تم توثيق الانسحاب من الحشيش المخدر بين المراهقين والبالغين ، حيث يميل الانسحاب ليكون أكثر مشاركة شديدة بين البالغين ، وعلى الأرجح يكون أكثر ثباتا ، مع أكبر كمية من التردد والاستخدام بين البالغين .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : على الأرجح ، فإن معدل انتشار وشدة الحشيش المخدر ترتبط مع الانسحاب الأكبر بين مستخدمي الحشيش المخدر الثقيل ، وخاصة بين أولئك الذين يسعون للعلاج من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الحشيش . وتبدو شدة الانسحاب تكون متصلة بشكل إيجابي بشدة الأعراض مع الحالة المرضية للاضطرابات النفسية .

العواقب الوظيفية للانسحاب من الحشيش المخدر :

يوحي تقرير المستخدمين للحشيش المخدر للتخفيف من أعراض الانسحاب الذى يسهم في التعبير الجاري عن هذا الاضطراب ، أما النتائج الأسوأ فقد تترافق مع زيادة الانسحاب .

وهناك نسبة كبيرة من البالغين والمراهقين سعوا إلى العلاج من الاضطراب الشديد والمعتدل نتيجة استخدام الحشيش المخدر / والذين اعترفوا بالأعراض الحادة للانسحاب ، وبأن هذه الأعراض تجعل الوقف أكثر صعوبة .

كما أيدت التقارير بأن المستخدمين للحشيش قد حدثت لهم انتكاسة مع تعاطي الحشيش المخدر أو الشروع فى استخدام أنواع أخرى من المخدرات (على سبيل المثال : المهدئات) بهدف تقديم الإغاثة من أعراض انسحاب الحشيش المخدر .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الكثير من أعراض انسحاب الحشيش المخدر . والأعراض من مادة أخرى من متلازمات الانسحاب أو الاكتئاب أو اضطرابات القطبين ، مع التقييم الدقيق / تركز على ضمان أن تلك الأعراض ، لا تفسر بصورة أفضل من خلال وقف آخر مادة (مثل التبغ ، أو انسحاب الكحول) ، أو مع اضطراب عقلي آخر (المعمم من اضطرابات القلق ، والاضطراب الاكتئابي) أو مع حالة طبية أخرى .

الاضطرابات التي يسببها الحشيش المخدر
: Other Cannabis-Induced Disorders

تم توصيف الاضطرابات التي يسببها الحشيش في فصول أخرى تالية من هذا الدليل والذى يقدم وصفاً للاضطرابات التي تشترك مع ظواهر تلك الاضطرابات (انظر الاضطرابات النفسية التى يسببها الدواء) : حيث يسبب الحشيش اضطراب ذهاني (وطيف الفصام واضطرابات نفسية أخرى)؛ التي يسببها الحشيش مثل اضطرابات القلق ، واضطرابات النوم ، وتسمم الهذيان . ويتم تشخيص هذه الاضطرابات التي يسببها الحشيش المخدر بدلا من التسممى ، أو الاضطرابات الناتجة عن الانسحاب من الحشيش المخدر عندما تكون الأعراض شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

اضطراب الحشيش المخدر غير المحددة (F12.99) :

ينطبق هذا التصنيف إلى العروض التقديمية في الأعراض التي تسبب ضيق سريري هام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء التي تسود ، ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة عن أي اضطرابات محددة متعلقة بالحشيش المخدر، أو أي من اضطرابات الجوهـــــر ذات الصلة باضطرابات فئة تشخيص الإدمان .

الاضطرابات المتصلة بالمهلوسات Hallucinogen-Related Disorders :

١. اضطراب استخدام فينسيكليدين .
٢. اضطراب استخدام المهلوسات الأخرى .
٣. فينسيكليدين التسممي .
٤. المهلوسات الأخرى التسممية .
٥. اضطراب المهلوسات المؤثرة على الإدراك .
٦. اضطرابات أخرى يسببها فينسيكليدين .
٧. الاضطرابات الناجمة عن المهلوسات الأخرى .
٨. اضطراب فينسيكليدين الغير محدد الصلة .
٩. اضطراب المهلوسات الغير محدد الصلة .

اضطراب استخدام فينسيكليدين Phencyclidine Use Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A. أسلوب فينسيكليدين (أو مادة مماثلة عقاقيري) مما يؤدي إلى استخدام سريرى هام أو محنة ، كما يتجلى من قبل اثنين على الأقل من التالي ، تحدث خلال فترة الـ ١٢ شهراً : -

١. غالباً ما يتخذ فينسيكليدين لفترة أطول مما كان يعتزم .
٢. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على استخدام فينسيكليدين .
٣. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة غير الضرورية للحصول على فينسيكليدين ، أو استخدم فينسيكليدين ، أو على الشفاء من آثاره .
٤. الرغبة القوية في استخدام فينسيكليدين .
٥. استخدام فينسيكليدين المتكرر مما أدى إلى عدم الوفاء بالالتزامات الرئيسة في العمل ، المدرسة ، أو المنزل (على سبيل المثال : الغياب المتكرر عن العمل أو ضعف أداء العمل المتعلق باستخدام فينسيكليدين ؛ الغياب المتعلق بفينسيكليدين ، أو الطرد من المدرسة ؛ وإهمال الأطفال أو الأسرة) .

٦. استمرار استخدام فينسيكليدين بالرغم من وجوده المستمرة أو المتكرر ضد المهام الاجتماعية أو الشخصية ، مع تفاقم المشاكل الناجمة عن آثار فينسيكليدين (على سبيل المثال : الحجج مع الزوج حول عواقب التسممى ؛ العراك الجسدي) .

٧. تردى الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة لأعلى أو أدنى استخدام فينسيكليدين .

٨. استخدام فينسيكليدين المتكرر في الحالات التي تكون خطرة جسدياً (على سبيل المثال : قيادة السيارة أو تشغيل الأجهزة رغم الضعف من قبل فينسيكليدين) .

٩. استمرار استخدام فينسيكليدين برغم معرفة وجود مشاكل مادية أو نفسية متكررة مستمرة ، ومن المرجح أن تكون ناجمة أو متفاقمة من فينسيكليدين .

١٠. التسامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . أسلوب لزيادة كميات ملحوظة من فينسيكليدين لتحقيق التسممى أو التأثير المطلوب .

ب . هناك تأثير تقلص بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من فينسيكليدين ، ولا يتم تأسيس أعراض الانسحاب وعلامات للفينسيكليدين .

ملاحظة : لا ينطبق المعيار (الانسحاب من فينسيكليدين الذى تم الإبلاغ عنه في الحيوانات ولكن لم يتم توثيقه مع البشر المستخدمين له) .

تحديد ما إذا : -

تحسن واختفاء في وقت مبكر : بعد المعايير الكاملة لاضطراب استخدام فينسيكليدين يلتقى فى السابق ا ، وقد يستوفى أياً من المعايير لاضطراب إذا استخدم فينسيكليدين (على الأقل لمدة ٣ أشهر) وليس أقل من ١٢ شهراً (مع الاستثناء للمعيار A4 ،"حنين ، أو مع رغبة قوية تحث على استخدام فينسيكليدين") .

تحسن واختفاء مستمر : تستوفي معايير اضطراب استخدام فينسيكليدين في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر (باستثناء أن معيار A4 " الخاص بالحنين (الشوق

لتعاطى المادة الأفيونية) ، أو الرغبة القوية أو الحث على استخدام فينسيكليدين ،" أو لا يجوز الحد) .

تحديد ما إذا : - في البيئة المسيطر عليها : تستخدم كلمة (المحدد) إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلي استخدام فينسيكليدين .

الرمز بناءً على الشدة الراهنة : ملاحظة لرموز ICD-10-CM : إذا كان التسممى الناتج عن فينسيكليدين ، أو اضطراب عقلي آخر ناجم عن فينسيكليدين موجود أيضاً ، ولا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استخدام فينسيكليدين .

وبدلا من ذلك ، يشار إلى الحالة المرضية باضطراب استخدام فينسيكليدين مع رقم 4 من قانون الاضطراب الناجم عن فينسيكليدين (راجع الملاحظة الترميز لتسمم فينسيكليدين أو الناجم عن اضطراب عقلي فينسيكليدين محددة) . على سبيل المثال : إذا كان هناك الحالة المرضية التي يسببها فينسيكليدين الاضطراب الذهاني ، فقط وتعطى كود الاضطراب الذهاني ، مع بيان ما اذا كانت الحالة المرضية مع اضطراب استخدام فينسيكليدين الخفيف ، المعتدل أو الشديد : F16.159 الاضطراب الناتج عن فينسيكليدين الخفيف، واستخدام الاضطراب الناجم عن فينسيكليدين مع الاضطراب الذهاني برمز F16.259 المعتدل / أو الشديد الناجم عن اضطراب ذهاني باستخدام فينسيكليدين .

تعيين خطورة الحالة : -

- (F I6.10) معتدلة : وجود ٢-٣ أعراض .
- (FI 6.20) متوسطة : وجود ٤-٥ أعراض .
- (F16.20) شديدة : وجود ٦ أو أكثر من الأعراض .

محددي المواصفات Specifiers :

في البيئة المسيطر عليها ينطبق التوصيف باعتباره محدد بمزيد من العفو والصفح إذا كان الفرد سواء في العفو ، وفي البيئة المسيطر عليها (أي في وقت مبكر في العفو والصفح المستدام في البيئة المسيطر عليها) . والأمثلة على ذلك تتضح عن كثب فى بيئات السجون ، وفى المجتمعات العلاجية ، وفى المستشفيات .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تشمل الفينسيكليدين (أو المواد مشابهة لفينسيكليدين) فينسيكليدين (على سبيل المثال : PCP ،"الغبار الملاك) إضافة إلى المركبات الأقل قوة ولكنها تقوم بنفس المفعول / مثل الكيتامين ، cyclohexamine ، وdizocilpine . وقد وضعت هذه المواد الأولى تحت مسمى (التخدير الفصامي في ١٩٥٠) ، وأصبحت المخدرات تباع في الشوارع في عام ١٩٦٠ (فى الولايات المتحدة) . والتى تنتج مشاعر الانفصال عن العقل والجسم (وبالتالي شعور فصامي) في الجرعات المنخفضة ، أو بجرعات عالية ، مع ذهول وغيبوبة يمكن أن تؤدي إلى الموت . ويتم تدخين هذه المواد الأكثر شيوعاً أو تؤخذ عن طريق الفم ، لكنها يمكن أيضاً شمها أو حقنها . وعلى الرغم من أن الآثار النفسية الأولية من PCP) / الغبار الملاك) قد يستغرق مفعوله لساعات قليلة ، إلا أن معدل القضاء التام على هذا الدواء من الجسم عادة ما يمتد (٨ أيام أو لفترة أطول) .

أما آثار الهلوسة في الأفراد الضعفاء فقد تستمر لأسابيع وربما تعجل بالذهانية ، وهى تشبه حلقة الفصام المستمرة . كما لوحظ بأن الكيتامين له فائدة في علاج اضطرابات الاكتئاب الكبرى ، وأعراض الانسحاب الذى لم تثبت بشكل واضح في البشر ، وبالتالي فإن سحب المعيار لم يتم تضميه في تشخيص اضطراب استخدام فينسيكليدين .[1]

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

يتم الكشف عن فينسيكليدين في البول خلال مدة تصل إلى ٨ أيام أو حتى لفترة أطول ، إذا كانت بجرعات عالية جداً . كما تكشف الاختبارات المعملية عن وجود تلك المادة ، وكما يساعد فى التشخيص الأعراض المميزة الناتجة عن المواد التسممية من الجيل الخامس (لفينسيكليدين) أو ذات الصلة بالتشخيص . ومن المرجح أن ينتج فينسيكليدين

---

(١) فينسيكليدين كليب معقدة من الاسم الكيميائي تأكسد فينيل(cyclohexyl) ، والمعروف بالعامية غبار الملائكة وأسماء أخرى كثيرة ، منها الترفيهية المخدرات الفصامي ، وظهرت في عام ١٩٥٠ باعتبارها دواء مخدر ولكن تم سحبه من السوق في عام ١٩٦٥ ، نظرا لأثاره الجانبية من اللهلوسة الفصامية .

أعراضاً فصامية ، ورأرأة ، وارتفاع ضغط الدم ، مع خطر انخفاض ضغط الدم والصدمة . ويمكن أن يحدث السلوك العنيف أيضاً مع استخدام فينسيكليدين ، أما الأشخاص في حالة سكر فقد يعتقدون أنهم يتعرضون للهجوم ، إلا أن تلك العلامات تشير إلى الأعراض المتبقية والتالية لاستخدام فينسيكليدين ، والذى قد يشبه أعراض الفصام .

معدل انتشار Prevalence :

معدل انتشار اضطراب استخدام فينسيكليدين غير معروف : ويؤكد حوالي ٢,٥٪ من السكان تقارير بإستخدام فينسيكليدين فى أي وقت مضى ، وتزيد نسبة المستخدمين (الولايات المتحدة) مع العمر ، من ٠,٣ ٪ الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ – ١٧ عاما ، إلى ١,٣ ٪ الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ – ٢٥ عاما ، لتصل إلى ٢,٩ ٪ من الذين تصل أعمارهم إلى ٢٦ سنة فما فوق ، ممن أبلغوا فى أي وقت مضى باستخدام فينسيكليدين . ويبدو أن هناك زيادة بين طلاب الصف 12- TH في أي وقت مضى ، كما تصل نسبة المستخدمين (إلى ٢,٣ ٪ من ١,٨ ٪) ومع استخدام فى العام السابق بنسبة (١,٣ ٪ من ١,٠ ٪) من استخدام فينسيكليدين ، مع استخدام فى العام السابق من الكيتامين المستقر نسبياً بين طلاب الصف (12- TH) وذلك بنسبة ٪ ١,٧ على مدى السنوات الثلاث السابقة) .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

هناك القليل من المعلومات حول عوامل الخطر لاضطراب استخدام فينسيكليدين: وقد أكد الأفراد بأنهم يقومون بالعلاج من تعاطي المخدرات ، بالمادة الأولية من فينسيكليدين ، وكانت أصغر من تلك اعترف لغيرها من تعاطي المخدرات ، وكانت الفئة المستهلكة لتلك المادة من أقل المستويات التعليمية ، وأكثرهم متواجدين في المناطق الغربية والشمالية الشرقية من الولايات المتحدة .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية

: Culture-Related Diagnostic Issues

تم الإبلاغ عن استخدام الكيتامين في الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٦- ٢٣ سنة والأكثر شيوعاً بين البيض (٠,٥ ٪) من بين الجماعات العرقية الأخرى (فى المدى من ٠ ٪ -٠,٣ ٪) . بين الأفراد الذين اعترفوا بالعلاج من تعاطي المخدرات ،

وكان أولئك الذين تعاطوا المادة الأولية منذ فينسيكليدين كانوا في الغالب من السمر بنسبة (٤٩ ٪) أو من أصل أسباني بنسبة (٢٩ ٪) .

تشخيص القضايا المرتبطة بين الجنسين

:Gender-Reiated Diagnostic issues

يشكل الذكور نحو ثلاثة أرباع الذين يعانون من الاستغاثة المتعلقة بمادة فينسيكليدين .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

قد يكون من المفيد إجراء الاختبارات المعملية ، لكشف فينسيكليدين ، واموجود في البول / مع حالة سكر لدى الأفراد بعد ما يصل إلى ثمان أيام من الابتلاع . كما يشير تاريخ الفرد ، جنبا إلى جنب مع العلامات المادية مثل : رأرأة ، وارتفاع ضغط الدم ، والتى قد تساعد تشخيص الصورة السريرية لفينسيكليدين / وتمييزه من أى مهلوسات أخرى .

العواقب الوظيفية من اضطراب استخدام فينسيكليدين :

وتتضح تلك العواقب الوظيفية في الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام فينسيكليدين ، وقد يكون هناك دليل مادي على وقوع إصابات من الحوادث ، كما أن الاستخدام المزمن للفينسيكليدين قد يؤدي إلى عجز في الذاكرة ، الكلام ، والإدراك ، والذى قد يستمر لأشهر . كما يرتبط استخدامه مع سميات القلب والأوعية الدموية والعصبية (على سبيل المثال : خلل التوتر العضلي ، خلل الحركة ، الجمدة ، وانخفاض حرارة الجسم أو ارتفاع الحرارة) كما تشمل العواقب الأخرى للتسممى مع فينسيكليدين **نزف داخل القحف** [1] ، وانحلال الربيدات ، مع مشاكل في الجهاز التنفسي ، و(أحيانا) السكتة القلبية .

---

(١) نزف داخل القحف هو نتيجة ازدياد محتويات أنسجة الدماغ، كمية الدم ، السائل النخاعي، مع الجمجمة في أي وقت الضغط الطبيعي للدماغ هو من ١٠-٢٠ mmHg. كانت تدعى هذه الحالة سابقا بارتفاع الضغط داخل القحف السليم وهي تحدث عادة عند النساء الشابات السمينات. يتطور ارتفاع الضغط داخل القحف دون وجود آفة شاغلة للحيز أو توسع بطيني أو ضعف للوعي.

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى . ويعد التمييز بين آثار فينسيكليدين / وبين تلك من المواد الأخرى أمر مهم ، لأنها قد تكون مضافة إلى مواد أخرى مشتركة (على سبيل المثال : الحشيش المخدر/ والكوكايين) . الفصام والاضطرابات النفسية الأخرى . بعض من آثار فينسيكليدين واستخدام المواد ذات الصلة قد تشبه أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى ، مثل الذهان (انفصام الشخصية) ، والمزاج المنخفض (اضطراب اكتئابي) ، والسلوكيات العدوانية العنيفة (اضطراب السلوك ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع) . ويتم تمييزها بما إذا كانت تلك السلوكيات قد وقعت السلوكيات قبل تناول الدواء ، كأمر مهم في التفريق بين الآثار الحادة للمخدرات المسببة للاضطراب العقلي، التي يسببها فينسيكليدين للاضطراب الذهاني ، والتي ينبغي النظر فيها عند تطبيق اختبار الواقع في الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الإدراك الناجم عن ابتلاع فينسيكليدين .

اضطراب استخدام المهلوسات الأخرى Other Hallucinogen Use Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A. أسلوب إشكالية المهلوسات (غير فينسيكليدين) بما يؤدي استخدامها سريرياً إلى انخفاض كبير أو ضائقة ، كما تتجلى من قبل اثنين على الأقل من التالي ، والذى يحدث خلال فترة الـ ١٢ شهراً : -

١. غالباً ما تتخذ من المهلوسات في مبالغ أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصوداً .

٢. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة للخفض أو السيطرة على استخدام المهلوسات .

٣. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة اللازمة للحصول على المهلوسات ، واستخدام المهلوسات ، أو على الشفاء من آثاره .

٤. الرغبة القوية في استخدام المهلوسات .

٥. استخدام المهلوسات المتكررة مما يؤدى إلى عدم الوفاء بالالتزامات والدور الرئيس في العمل ، المدرسة ، أو المنزل (على سبيل المثال : الغياب المتكررة عن العمل أو ضعف أداء العمل المتصل بتعاطي المهلوسات؛ والغياب المتعلق بالمهلوسات ، أو الطرد من المدرسة ؛ أو إهمال الأطفال أو الأسرة) .

٦. استمرار استخدام المهلوسات على الرغم من الوجود المستمر أو المتكرر للمهام الاجتماعية أو الشخصية / مع المشاكل الناجمة أو المتفاقمة بسبب الآثار المترتبة على المهلوسات (على سبيل المثال ، الحجج من الزوج حول عواقب التسممى ؛ والعراك الجسدي) .

٧. تردى الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة وتخفيضها نتيجة استخدام المهلوسات .

٨. استخدام المهلوسات المتكررة في الحالات التي تكون خطرة جسدياً (على سبيل المثال : قيادة السيارة أو تشغيل جهاز معين ، فى ظل حالة الهلوسة) .

٩. استمرار استخدام المهلوسات على الرغم من وجود المعرفة المتكررة المستمرة حول مشاكلها المادية أو النفسية ، والتى من المرجح أن تكون ناجمة من المهلوسات .

١٠. التسامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . أسلوب لزيادة الكميات الملحوظة من المهلوسات لتحقيق التسممى أو تحقيق التأثير المطلوب .

ب . هناك تأثير تقلصى بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المهلوسات .

لا يتم تأسيس أعراض الانسحاب وعلامات المهلوسات ، وهكذا : فإن الملاحظة لا تنطبق على معيار تحديد مهلوسات معينة .

تحديد ما إذا : -

تحسن واختفاء في وقت مبكر : قد تلتقى المعايير الكاملة لاضطراب استخدام المهلوسات الأخرى السائدة فى السابق ، بشرط أن تستوفى أياً من المعايير الأخرى لاضطراب استخدام المهلوسات لمدة (٣ أشهر على الأقل) ولكن أقل من ١٢ شهراً (مع الاستثناء الذي ورد فى الميار A4 ، مثل الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) (للمادة) ، أو رغبة قوية أو الحث على استخدام المهلوسات ، ولا يجوز الحد منها) .

تحسن واختفاء مستمر للأعراض : بعد إستيفاء المعايير الكاملة للاضطراب باستخدام المهلوسات الأخرى ، والتى كانت تلتقى سابقا ، وتم الوفاء بها مع أي من

المعايير الأخرى لاضطراب استخدام المهلوسات في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر (باستثناء معيار A4 ، الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) ، أو رغبة قوية أو الحث على استخدام المهلوسات ، ولا يجوز الحد منها) .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : ويستخدم هنا محدد إضافي إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول فيها إلى المهلوسات . أما الرمز لبناء الشدة الراهنة : ملاحظة رموز ICD-10-CM : وإذا كان تسممى المهلوسات أو باضطراب آخر ناجم عن المهلوسات العقلية الموجود أيضاً ، ولا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استخدام المهلوسات . وبدلا من ذلك ، يشار إلى الحالة المرضية لاضطراب استخدام المهلوسات في قانون الاضطراب الناجم عن المهلوسات (انظر ملاحظة الترميز للمهلوسات التسممية الناجمة عن المهلوسات أو الاضطراب العقلي المحدد) . وعلى سبيل المثال : إذا كانت هناك حالة مرضية يسببها الاضطراب الذهاني ، والمهلوسات مع الاستخدام الناجم عن المهلوسات الذهانية / يكود الاضطراب ، مع الطابع 4 والذى يشير إلى الحالة المرضية لاضطراب استخدام المهلوسات الخفيفة ، أو المعتدلة أو الشديدة : F16.159 كرمز للمهلوسات المعتدله / يستخدم الاضطراب الناجم عن المهلوسات مع اضطراب ذهاني F16.259 أو لاضطراب استخدام المهلوسات المعتدلة أو الشديدة الناجمة عن اضطراب ذهاني ، أو عن مهلوسات .

تعيين خطورة الحالة : -

- (F16.10) منخفض : وجود ٢-٣ أعراض .
- (F16.20) متوسطة : وجود ٤-٥ أعراض .
- (F16.20) شديدة : وجود ٦ أو أكثر من أعراض .

المواصفات المحددة Specifiers :

في البيئة المسيطر عليها ينطبق اعتباره محدد بمزيد من الصفح ، وذلك إذا كان الفرد سواء في العفو في البيئة المسيطر عليها (أي في وقت مبكر من الصفح من الرقابة البيئية ، أو في الصفح المستدام في البيئة المسيطر عليها) . الأمثلة على ذلك يتضح ف بيئات السجون ، والمجتمعات العلاجية ، والمستشفيات .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تشمل المهلوسات مجموعة متنوعة من المواد مثل ، مادة كيميائية مختلفة على الرغم من أنها قد تنطوي على هياكل الآليات الجزيئية المختلفة ، وإنتاج مماثل لخلل الإدراك ، والمزاج ، لدى المستخدمين للمهلوسات المدرجة هي phenylalkylamines (على سبيل المثال : الميسكالين ، DOM [2,5 -dimethoxy-4-methylamphetamine] ، وMDMA [والميثيلين ، ويسمى أيضاً "النشوة"]) ، وindoleamines ، بما في ذلك سيلوسين (أي سيلوسين) ثنائي ميثيل تريبتامين (DMT) ، وergolines ، مثل LSD (الليسرجيك ايثيلاميد حمض) وبذور مجد الصباح (اسم متداول لأحد أنواع المهلوسات) . بالإضافة إلى غيرها من الأنواع الأخرى ، وتصنف بالمركبات اثنونباتية باسم "المهلوسات" ، إلى المريمية divinorum وjimsonweed مثالين، بالإضافة إلى فئات الحشيش المخدر ، ذات المركب النشط ، دلتا -٩- تتراهيدروكانابينول (THC) (راجع قسم " الاضطرابات المتصلة بالحشيش المخدر) . ويمكن أن يكون لهذه المواد آثار من الهلوسة ، ولكن يتم تشخيصها بصورة منفصله بسبب الاختلافات الكبيرة في آثارها النفسية والسلوكية .

وعادة ما تؤخذ المهلوسات عن طريق الفم ، وذلك على الرغم من أن بعض أشكال المدخن (على سبيل المثال : DMT ، المريمية) والتى (نادرا) ما تؤخذ عن طريق الأنف أو عن طريق الحقن (على سبيل المثال : النشوة) . أما مدة التأثيرات فتختلف عبر أنواع من المهلوسات . بعض من هذه المواد (أي ، LSD ، MDMA) لديها مدة بقاء طويلة / بحيث يمكن للمستخدمين قضاء ساعات إلى أيام باستخدام أو استرداد آثار هذه الأدوية .

ومع ذلك ، فإن عقاقير الهلوسة الأخرى (على سبيل المثال : DMT ، المريمية) هي ذات تمثيل قصير للتسامح مع المهلوسات ، والذى قد يتطور مع الاستخدام المتكرر والذى يسهم فى ظهور الآثار اللاإرادي والنفسية . والتى توجد عبر التسامح ، ومن المهلوسات الأخرى LSD وغيرها على سبيل المثال (سيلوسيبين ، الميسكالين) وفئات المخدرات الأخرى مثل الأمفيتامينات والحشيش المخدر .

النشوة الناتجة عن المهلوسات قد يكون لها آثار مميزة تعزى إلى كلا من الهلوسة / والخواص المنشطة لها، وخاصة لدى المستخدمين مع النشوة الثقيلة ، وعلى الرغم من

أن الاستخدام المستمر يسفر عن مشاكل جسدية أو نفسية ، إلا الاستخدام يكون أكثرخطورة مع التسامح والذى (يشير إلى أن كمية الجرعة قد أصبحت متدنية بما لا يحقق الأثر المطلوب) ، كما ينفق الفرد قدراً كبيراً من الوقت للحصول على المادة الأكثر شيوعاً وفقاً لمعايير أكثر من ٥٠ ٪ في البالغين ، وأكثر من ٣٠ ٪ في العينة الأصغر سنا ، في حين المشاكل القانونية المتعلقة بتعاطي المخدرات والمستمرة نادرا ما يتم الإبلاغ عن الرغبة عدم القدرة على الإقلاع عن التدخين . كما توجد معايير التشخيص لاضطراب استخدام المهلوسات الأخرى ، والتى تصطف على طول سلسلة واحدة متصلة من الشدة .

أحد المعايير العامة لاضطرابات تعاطي المخدرات . هى متلازمة الانسحاب السريرية الهامة ، لكن لم يتم توثيقها باستمرار لدى البشر ، وبالتالي فإن التشخيص لم يتم تضمينه متلازمة الانسحاب من المهلوسات في الدليل الحالى DSM-5. ومع ذلك ، هناك دليل على الانسحاب من **MDMA**[1] ، مع تأييد من اثنين أو أكثر من أعراض الانسحاب التي لوحظت في ٥٩ ٪ -٩٨ ٪ من عينات مختارة من المستخدمين لحبوب النشوة MDMA . سواء المشاكل النفسية والمادية ، كما تم الإبلاغ عن مشاكل شائعة ترافقت مع الانسحاب من المخدرات .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

يمكن أن يساعد البول أو الدم وعلم السموم في تشخيص النتائج غير متوفرة ، وعلى سبيل المثال : الأفراد الذين يستخدمون عقاقير الهلوسة يميلوا إلى تجربة الهلوسة البصرية التي يمكن أن يكون خفية ، أو مع الأفراد المخمورين مع المهلوسات والذى قد يحمل زيادة مؤقتة في الدفع للانتحار .

معدل الانتشار Prevalence :

جميع اضطرابات تعاطي المخدرات ، وغيرها من اضطرابات استخدام المهلوسات هي واحدة من أندر معدلات الانتشار (لمدة ١٢ شهراً) لتكون بنسبة ٠,٥ ٪ بين الذين

---

(١) **MDMA.** اسم "إكستاسي" هو اسم الشارع لهذا النوع من المنشطات وتسمى أيضاً بحبوب النشوة ، أو حبوب السعادة [3] ، يتدارج في الغرب وغيرها بنفس الاسم.

تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٧ عاما و٠,١ ٪ بين البالغين من سن ١٨ وما فوق في الولايات المتحدة . ومعدلات أعلى في الذكور البالغين (٠,٢ ٪) مقارنة مع الإناث (٠,١٪) ، ولكن لوحظ عكس ذلك في عينات المراهقين الذين تتراوح أعمارهم ١٢-١٧ ، وبمعدل ال ١٢ شهراً وهو أعلى قليلا من الإناث (٠,٦ ٪) من الذكور في (٠,٤٪) .

كما تبين ظهور معدلات أعلى في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ٣٠ عاما ، مع الذروة التي تحدث في الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢٩ سنة (٠,٦ ٪) وانخفضت إلى صفر ٪ تقريبا بين الأفراد في سن ٤٥ فما فوق .

وتتميز هناك الاختلافات العرقية في معدلات الانتشار لمدة ١٢ شهراً أخرى من استخدام المهلوسات بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢-١٧ سنة ، مع معدل انتشار لمدة ١٢ شهراً وهو أعلى بين الأميركيين الأم / وسكان آلاسكا الأصليين (١,٢٪) من بين اللاتينيين (٠,٦ ٪) والبيض (٠,٦ ٪) والأمريكيون الأفارقة (٠,٢ ٪) ، والأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ (٠,٢ ٪) . بين البالغين ، أما معدل الانتشار لمدة ١٢ شهراً أخرى من اضطراب استخدام المهلوسات ، مع الأمريكيين الأصليين وسكان آلاسكا الأصليين ، والبيض ، واللاتينيين (٠,٢٪ فقط) ، ولكن أقل إلى حد ما بالنسبة للأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ (٠,٠٧ ٪) والأمريكيين من أصل أفريقي (٠,٠٣ ٪) . وبدا معدل انتشار السنة السابقة أعلى في العينات السريرية (على سبيل المثال : ١٩ ٪ من المراهقين تحت العلاج) . وحاليا تستخدم المهلوسات بين الأفراد في عموم السكان (فى الولايات المتحدة الأمريكية) بنسبة ٧,٨ ٪ (الكبار) إلى ١٧ ٪ (المراهقين) قد يلتقى أسلوب إشكالية الاستخدام / مع معايير السنة السابقة الأخرى من اضطراب استخدام المهلوسات .

أما بين المجموعات المختارة من الأفراد الذين يستخدمون عقاقير الهلوسة (على سبيل المثال : حبوب النشوة الثقيلة MDMA الأخيرة) لدى ٧٣,٥ ٪ من البالغين و٧٧ ٪ من المراهقين والذين لديهم أسلوب فى إشكالية الاستخدام الذى قد يلبي معايير أخرى من اضطراب استخدام المهلوسات .

دورة التنمية Development and Course :

وخلافا لمعظم المواد / ترتبط دورة التنمية بسن مبكرة في بداية التعاطى، وفى خطر ظهور الاضطرابات المترتبة عليه ، إلا أنه - من غير الواضح - فى وجود ارتباط بين السن المبكرة في بداية الارتفاعات / مع خطر الاضطرابات الأخرى من استخدام المهلوسات .

ومع ذلك ، فقد تم العثور على أنماط استهلاك المخدرات تختلف حسب العمر وذلك مع المستخدمين لحبوب النشوة MDMA المبكر ، ومن المرجح أن يكون الأفرد هنا من متعددى الإدمان ، عنه مع نظرائهم المستخدمين ، وذلك في وقت لاحق حدوثه . وقد يكون هناك تأثير غير متناسب مع استخدام المهلوسات المحددة بشأن خطر الإصابة بالمهلوسات الأخرى ، ومع ذلك فإن استخدام عقار حبوب النشوة MDMA يزيد من مخاطر حدوث الاضطراب بالنسبة لاستخدام بقية المهلوسات الأخرى .

القليل هو المعروف knovm بشأن مسار اضطراب استخدام المهلوسات الأخرى ، لكنه عموما يعتقد أن هؤلاء الأفراد لديهم معدل إصابة عالى ، وانخفاض فى المثابرة ، وارتفاع معدلات الانتعاش ، وخاصة لدى المراهقين المعرضين لخطر استخدام هذه الأدوية ، وتشير التقديرات إلى أن ٢,٧ ٪ من الشباب الذين تتراوح أعمارهم ١٢-١٧ سنة قد استخدموا واحدة أو أكثر من هذه الأدوية خلال الأشهر الـ ١٢ السابقة ، مع نسبة ٤٤ ٪ بعد استخدام عقار النشوة MDMA . أما غيرها من اضطرابات استخدام المهلوسات والتي لوحظت في المقام الأول في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ٣٠ عاما ، مع معدلات نادرة بزوال تلك الاضطرابات بين البالغين الأكبر سنا .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : والشائعة في المراهقين ولكنها غير مستمرة في البالغين ، وترتبط باستخدام حبوب النشوة MDMA مع معدلات مرتفعة من اضطراب استخدام المهلوسات الأخرى .

أما اضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى ، ولا سيما الكحول والتبغ والحشيش المخدر ، والاضطراب الاكتئابي فترتبط - جميعاً - مع ارتفاع معدلات اضطراب

استخدام المهلوسات الأخرى . وقد يكون اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع مرتفعاً بين الأفراد الذين يستخدمون أكثر من اثنين من العقاقير الأخرى بالإضافة إلى الهلوسة ، وذلك مقارنة مع نظرائهم - وفقاً للتاريخ المرضى- الأقل اتساعا .

أو بسبب تأثير السلوك المعادي للمجتمع الناتج من سلوكيات الكبار / ولا يعود ، ولا ينتمى لاضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، ولا على المهلوسات الأخرى .

وقد يكون اضطراب الاستخدام أقوى عند الإناث من الذكور عند استخدام المهلوسات المحددة (على سبيل المثال : المريمية) هي بارزة بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨-٢٥ سنة مع غيرها من سلوكيات المخاطرة والأنشطة غير المشروعة . كما تم استخدام تشخيص الحشيش المخدر للمتورطين تمهيدا لبدء استخدام المهلوسات (على سبيل المثال : حبوب النشوة) ، جنبا إلى جنب مع الاستخدام المبكر للكحول والتبغ .

كما ارتفعت نسب تعاطي المخدرات عن طريق التدخين والمرتبطة بتجمع الأقران ، مع - ما يعتقد - من مشاعر الإحساس العالي المضلل ، والذى سعى مع المعدلات المرتفعة من استخدام عقار النشوة .

يبدو أن استخدام حبوب النشوة MDMA ، يعطى دلالة على مجموعة من المستخدمين الأشد المهلوسات .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : تزداد بين التوائم الذكور ، كما تتباين بسبب الوراثة المضافة والتى قدرت بما يتراوح بين ٢٦ ٪ إلى ٧٩ ٪ ، مع الدلائل البيئية غير الدقيقة المشاركة فى تلك التأثيرات .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة :

تاريخيا ، استخدمت المهلوسات ، والتى تم الحصول عليها من أنواع معينة في أمريكا الجنوبية ، والمكسيك ، وبعض المناطق في الولايات المتحدة ، أو من أيا هواسكا في سانتو Daime ويونياو دي نباتي الطوائف . وارتبط العجز العصبي أو النفسي باستخدام المهلوسات ، وتباين ذلك باختلاف المعايير الثقافية الكاملة أو حتى مع أي معيار فردي واضح .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين :

بين المراهقين ، قد تكون الإناث أقل عرضة من الذكور لتأييد الاستخدام الخطر لتلك المهلوسات .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

الاختبارات المعملية يمكن أن تكون مفيدة في التمييز بين المهلوسات المختلفة ، ومع ذلك ، لأن بعض وكلاء المهلوسات مثل عقار (LSD) القوي بحيث أن أقل من ٧٥ ميكروجرام يمكن ينتج ردود فعل شديدة ، أما فحص السمية الأسلوبية / فهو لا يكشف دائما متى استخدمت تلك المادة .

الآثار الوظيفية لاضطراب استخدام المهلوسات الأخرى :

هناك أدلة على التأثيرات السمية العصبية على المدى الطويل من استخدام حبوب النشوة MDMA ، بما في ذلك العاهات في الذاكرة ، والوظائف النفسية ، ووظائف الغدد الصماء العصبية؛ ونسب ضعف السيروتونين والمؤثر على النظام ، واضطرابات النوم ، وكذلك الآثار الضارة على الأوعية الدموية الدقيقة في الدماغ ، نضوج المادة البيضاء ، والأضرار التي الأخرى التى لحقت بالجهاز العصبى .كما أن استخدام حبوب النشوة MDMA قد يقلل الربط الوظيفي بين مناطق الدماغ .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى : يجب التمييز بين آثار المهلوسات مع تلك المواد الأخرى (مثل الأمفيتامينات) ، وخصوصا بسبب تلوث المهلوسات مع أدوية أخرى غير الشائعة نسبياً .

الفصام : يجب التفريق بين أعراض انفصام الشخصية ، حيث أن بعض الأفراد المتضررين (على سبيل المثال : الأفراد المصابين بالفصام الذين يظهرون البارانويا) قد ينسب إليهم - زورا - أعراض استخدام المهلوسات .

الاضطرابات النفسية الأخرى أو الظروف الطبية : تشمل الاضطرابات أو ظروف الأخرى المحتملة النظر في اضطرابات الهلع / واضطرابات الاكتئاب /والهوس الاكتئابي / والكحول أو مسكنات الانسحاب ، ونقص السكر في الدم / وظروف الأيض الأخرى ، / والسكتة الدماغية / واضطراب أمراض العيون / وأورام الجهاز العصبي

المركزي . و يُسهم التاريخ المرضى الدقيق لتعاطي المخدرات ، تقارير ضمانات من العائلة والأصدقاء (إن أمكن) ، والعمر ، والتاريخ المرضى الطبي والبدني ،وينبغي أن تكون تقارير الفحص وعلم السموم مفيدة في التوصل إلى قرار التشخيص النهائي .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

المراهقين الذين يستخدمون حبوب النشوة MDMA والمهلوسات الأخرى ، فضلا عن البالغين الذين لديهم تعاطى لحبوب النشوة المستخدمة مؤخرا ، لديهم جميعاً أعلى معدل انتشار لاضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى مقارنة مع مستخدمي مادة غير مهلوسة .

كما أن الأفراد الذين يستخدمون عقاقير الهلوسة ، معرضين لترتفع لديهم نسب الاضطرابات النفسية (وخاصة القلق ، والاكتئاب ، واضطرابات القطبين) ، لا سيما مع استخدام عقار النشوة والمريمية .

أما معدلات اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع (وليس اضطراب السلوك) فهى مرتفعة بشكل ملحوظ بين الأفراد مع استخدام اضطراب المهلوسات الأخرى ، وكذلك مع معدلات السلوك المعادي للمجتمع الكبار .

ومع ذلك ، فإنه ليس من الواضح ما إذا كانت تلك الأمراض العقلية يتم تشخيصها بذاتها ، أم مع عواقب أخرى ناتجة عن اضطراب استخدام المهلوسات (راجع قسم "المخاطر والعوامل المنذرة " لهذا الاضطراب) . كما أن كل من البالغين والمراهقين الذين يستخدمون حبوب النشوة هم أكثر عرضة من غيرهم لمتعاطي المخدرات المتعدد (لدرجة الإدمان) كما قد يكون لديهم اضطرابات تعاطي مع المخدرات الأخرى (الكحول / التبغ / المسكنات .. وغيرها) .

فينسيكليدين التسممى :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الاستخدام الزائد من فينسيكليدين (أو مادة عقاقير مماثلة) .

B . تغييرات إشكالية سريرية سلوكية هامة (على سبيل المثال : العداء ، assaultiveness ، الاندفاع ، وعدم القدرة على التنبؤ ، الحركية والإثارة الزائدة ، وضعف التحكم) والتي تتضح أثناء أو بعد فترة وجيزة ، من استخدام فينسيكليدين .

C . في حدود ساعة / أو ساعتين (أو أكثر) من العلامات أو الأعراض التالية :

ملاحظة : عندما يدخن المخدرات ، "شمها" عن طريق الوريد أو يستخدمها ، والتي قد تكون بداية سريعة بشكل خاص .

١.رأرأة عمودية أو أفقية .

٢. ارتفاع ضغط الدم أو عدم انتظام دقات القلب .

٣. خدر أو الاستجابة تقلص للألم .

٤. ترنح .

٥. رتة .

٦. تصلب العضلات .

٧. نوبات أو غيبوبة .

٨. احتداد السمع .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى (ليست أفضل) فى تفسير اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى بمادة أخرى .

ملاحظة عن الترميز : رمز دليل تشخيص الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-9-CM ICD-10-CM والذى يعتمد على ما إذا هناك حالة مرضية ناتجة عن اضطراب استخدام فينسيكليدين . وإذا كان هذا الاضطراب الناتج عن استخدام

فينسيكليدين خفيف ، أو حالة مرضية بذاتها ، رمز ICD-10-CM هو F16.129 ، وإذا كان استخدام فينسيكليدين معتدل أو شديد ، أو يعود الاضطراب إلى حالة مرضية أخرى ، ويرمز ICD-10-CM هو F16.229. أما إذا لم يكن هناك فينسيكليدين ، مع اضطراب حالة مرضية أخرى فيستخدم ، ترميز ICD-10-CM هو F16.929 .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يعكس فينسيكليدين التسممى التغيرات السريرية السلوكية الهامة ، وذلك بعد وقت قصير من تناول هذه المادة (أو مادة عقاقيرية مماثلة) . وتشمل العروض السريرية الأكثر شيوعاً لتسمم فينسيكليدين كل من : الارتباك ، الارتباك دون هلوسة ،و أوهام الهلوسة ، مثل متلازمة المشلول ، والغيبوبة متفاوتة الخطورة ، والتسممى الذى يستمر عادة لعدة ساعات ، والذى يتوقف على نوع السريرية سواء كانت أدوية أخرى قد استهلكت إلى جانب فينسيكليدين ، والتى قد تستمر لعدة أيام أو لفترة أطول من ذلك .

معدل الانتشار Prevalence :

يمكن أن يؤخذ استخدام فينسيكليدين أو المواد ذات الصلة على النحو المقدر لمعدل الانتشار التسممى ، وذلك لحوالي ٢,٥ ٪ من السكان ، مع وجود تقارير عن فينسيكليدين التى تم استخدامها من قبل .

وتصل النسب بين طلاب المدارس الثانوية إلى ٢,٣ ٪ من طلاب الصف12- TH مع تقرير بعدم استخدام فينسيكليدين فى أي وقت مضى ، ونسبة حوالى ٥٧ ٪ أقروا باستخدامه في الأشهر ال ١٢ السابقة . ووتمثل نسبة حوالى ٥٧ ٪ بزيادة ملموسة عن عام (٢٠١١) . أما استخدام نفس العام من الكيتامين ، فتم تقييمها بشكل منفصل عن غيرها من المواد التى ظلت مستقرة على مر الزمن ، مع حوالي ١,٧ ٪ من طلاب الصف 12- TH والمبلغة من تقارير المستخدمين له .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

قد يكون من المفيد إجراء الاختبارات المعملية ، حيث يمكن كشف فينسيكليدين في البول لمدة تصل إلى ٨ أيام بعد الاستخدام ، وذلك على الرغم من أن المستويات المرتبطة به ضعيفة مع أعراض الفرد السريرية ، وبالتالي قد لا يكون مفيدا الأخذ به / أما

الكرياتين فسفوكيناز فربما يكون مرتفعاً مع مستويات الألانين(ULN) . أسبارتاتي **Aspartate transaminase**.[1]

الآثار الوظيفية لاضطراب الفينسيكليدين :

ويؤثر فينسيكليدين التسممى على القلب والأوعية الدموية العصبية الواسعة (على سبيل المثال : مضبوطات ، خلل التوتر العضلي ، وخلل الحركة ، وسمية انخفاض حرارة الجسم أو ارتفاع الحرارة) .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

على وجه الخصوص ، وفي غياب اختبار الواقع السليم للحالة (أي من دون أن تبصر في أي إدراك حسي أو شذوذ) ، فإنه يعود هنا إلى التشخيص الإضافي الذى يسببه فينسيكليدين للاضطراب الذهاني الذى ينبغي النظر فيه .

غيرها من تسممى الجوهر : ينبغي التميز بين الفينسيكليدين التسممى من تسمم آخر بسبب المواد الأخرى ، بما في ذلك المهلوسات الأخرى؛ مثل الأمفيتامين والكوكايين ، والكولين ،أو المنبهات الأخرى ، وكذلك ينظر إليه مع الانسحاب من للبنزوديازيبينات . وغيرها من السلوكيات الغريبة والعنيفة ، والتى قد تميز التسممى الناتج بسبب فينسيكليدين ، أو أن ينظر إليه مع تأثير تعاطى مواد أخرى . ويمكن للاختبارات السمية أن تفيد في صنع هذا التمييز التشخيصى ، ويمتد كشف فينسيكليدين في البول لمدة تصل إلى ٨ أيام بعد الاستعمال .

ومع ذلك ، فهناك علاقة ضعيفة بين مستويات السموم الكمية فى مستوى الفينسيكليدين والأمراض السريرية الأخرى التي يمكن أن تقلل من فائدة إدارة النتائج

---

(١) (ناقلة الأسبارتات Aspartate transaminase) : اختصارا. (AST) ويسمى أيضا ناقلة أمين الأسبارتات اختصارا (GOT) في مصل الدم. يطلق على هذا الإنزيم أيضا اسم ناقلة آمين الغلوتاميك للأكسالواسيتيك-glutamic - SGOT) oxaloacetic transaminase). وهو إنزيم يوجد في خلايا الجسم، وخاصة في القلب والكبد، وبشكل أقل في الكلى والعضلات. تكون مستويات إنزيم ناقلة الاسبارتات في الدم عند الأصحاء منخفضة.

المخبرية للمريض . إضافة إلى غيرها من الشروط التي تشمل الشروط الأخرى التي يمكن النظر فيها مثل : الفصام ، والاكتئاب ، والانسحاب من الأدوية الأخرى (مثل المهدئات والكحول) ، واضطرابات التمثيل الغذائي المحددة مثل نقص السكر في الدم ، ونقص صوديوم الدم ، وأورام الجهاز العصبي المركزي ، واضطرابات الاستيلاء ، وتعفن الدم ، والمتلازمة الخبيثة للذهان ، وأمراض الأوعية الدموية .

المهلوسات الأخرى التسممية Other Hallucinogen Intoxication :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الاستخدام الزائد من المهلوسات (غير فينسيكليدين) .

B . التغييرات السريرية الهامة للمشكلة السلوكية أو النفسية (مثل ، علامات القلق أو الاكتئاب ، والأفكار مرجعية ، والخوف من فقدان العقل ، والتفكير بجنون العظمة ، والأحكام الضعيفة) والتي وضعت أثناء أو بعد فترة وجيزة ، من استخدام المهلوسات .

C. الإدراك في حالة من اليقظة الكاملة (على سبيل المثال : تكثيف التصورات الشخصية ، تبدد الشخصية ، الغربة عن الواقع ،والأوهام ، والهلوسة) التي وضعت أثناء أو بعد فترة وجيزة من استخدام المهلوسات .

D . اثنين (أو أكثر) من العلامات التالية النامية خلال ، أو بعد فترة وجيزة ، من استخدام المهلوسات :

١ .اتساع حدقة العين .

٢ . عدم انتظام دقات القلب .

٣ . التعرق .

٤ . الخفقان .

٥ . عدم وضوح الرؤية .

٦ . الهزات .

٧ . التناسق .

E . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ، ولا تقس بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسمم بمادة أخرى .

ملاحظة عن الترميز : رمز دليل الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-9-CM هو رمز ICD-10-CM يعتمد على ما إذا كانت هناك حالة مرضية كاضطراب نتيجة استخدام المهلوسات . أو إذا كان حالة مرضية مع اضطراب خفيف ناتج عن استخدام المهلوسات ، فيرمز ICD-10-CM هو FI 6.129 ، وإذا كان استخدام المهلوسات بصورة معتدلة أو شديدة / مع اضطراب حالة المرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو F16.229. وإذا لم يكن هناك استخدام اضطراب المهلوسات / مع حالة المرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو F16.929 .

ملاحظة : للحصول على معلومات حول مميزات دعم التشخيص وعلاقته بالجوانب الثقافية ذات الصلة بقضايا التشخيص ، راجع الأقسام المناظرة في غيرها من هذا الدليل مع اضطرابات استخدام المهلوسات .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

المهلوسات الأخرى التسممية : تعكس السلوكية أو النفسية السريرية تغييرات هامة تحدث بعد فترة قصيرة من تناول المهلوسات . وذلك اعتماداً على مهلوسات محددة ، وقد يستمر التسمم دقائق فقط (على سبيل المثال : مع تعاطى المريمية)[1] أو عدة ساعات أو أطول (على سبيل المثال : مع العقار المهلوس LSD [ايثيلاميد حمض الليسرجيك] أو MDMA 3 ,4- ميثيلين) .

معدل الانتشار Prevalence :

يمكن تقدير مدى معدل الانتشار التسممى للمهلوسات الأخرى عن طريق استخدام تلك المواد : ففي الولايات المتحدة ، مثلاً تبلغ النسبة و١,٨ ٪ من الأفراد في عمر ١٢ سنة أو أكثر باستخدام تقرير المهلوسات في السنة السابقة .

(١) مريمية الأوراق نوع نباتي يتبع جنس القريضة من الفصيلة القريضية.(Cistaceae) وتعتبر المريمية من أقوى النباتات التي تساعد الجهاز العصبي على التحمل، وعدم الإصابة بالأرق والعياء، وتحسن الذاكرة بكونها تبقي النشاط الفايزيولوجي للخلايا العصبية .

أما معدل الانتشار للاستخدام الأكثر بين الأفراد الأصغر سنا ، فيصل إلى ٣,١ ٪ من الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢- ١٧ عاما و٧,١ ٪ ومن الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٢٥ عاما باستخدام المهلوسات في العام السابق ، وذلك بالمقارنة مع ٠,٧٪ فقط من الأفراد في عمر ٢٦ سنة أو أكثر . ويصل معدل الانتشار اثني عشر شهراً مع استخدام المهلوسات وهو الأكثر شيوعاً في الذكور (٢,٤ ٪) عنه لدى الإناث في (١,٢٪) ، وحتى أكثر من ذلك من الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٢٥ عاما (٩,٢٪ للذكور مقابل ٥,٠٪ للإناث) . وفي المقابل ، بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ١٢- ١٧ سنة ، فلا توجد فروق بين الجنسين عند نسبة (٣,١ ٪ لكلا الجنسين) .

ويمكن استخدام هذه الأرقام والتقديرات المتعلقة بنوع الجنس في معدل انتشار التسممى للمهلوسات الأخرى .

أخطار الانتحار Suicide Risic :

قد يؤدي التسممى بالمهلوسات الأخرى إلى زيادة محاولة الانتحار ، وعلى الرغم من أن حدوث الانتحار هو أمر نادر بين مستخدمي عقاقير الهلوسة .

الآثار الوظيفية لاضطراب المهلوسات التسممية :

التأثير التسممى للمهلوسات الأخرى يمكن أن يكون لها عواقب وخيمة . مثل الاضطرابات الإدراكية وضعف التحكم المرتبط مع غيره من المهلوسات ، والتي يمكن أن تؤدي إلى إصابات بالتسممى ، أو في وفيات نتيجة حوادث السيارات ، أو غير المقصوده (على سبيل المثال : كأن يحاول أن "يطير" من الأماكن المرتفعة) .

العوامل البيئية والشخصية :

توقعات الفرد باستخدام المهلوسات يمكن أن تسهم في طبيعة وشدة التسممى بالمهلوسات ، مع استمرار استخدام المهلوسات ، ولا سيما حبوب النشوة MDMA ، والتي تم ربطها مع التأثيرات السمية العصبية الأخرى .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

تسممى الجوهر الآخر : ينبغي التمييز بين المهلوسات التسممية الأخرى / وبين التسممى مع الأمفيتامينات والكوكايين ، أو المنبهات الأخرى؛ للكولين؛ ومواد

التنشقات؛ وفينسيكليدين ، وتفيد اختبارات السمية في صنع هذا التمييز ، وتحديد مسار إدارته والتي قد تكون مفيدة كذلك .

الشروط الأخرى : وتشمل شروط الاضطرابات الأخرى الواجب النظر فيها مثل : الفصام ، والاكتئاب ، والانسحاب من الأدوية الأخرى (مثل المهدئات والكحول) ، والتمثيل الغذائي ، واضطرابات معينة (على سبيل المثال : نقص نسبة السكر في الدم) ، وأورام الجهاز العصبي المركزي ، وأمراض الأوعية الدموية .

استمرار اضطراب مهلوسات الإدراك : التسممي الحالي من المهلوسات المستمرة لاضطراب الإدراك ، حيث تستمر الأعراض الأخيرة بشكل عرضي أو بشكل مستمر لعدة أسابيع (أو أكثر) بعد حالة التسمم الأخيرة .

الاضطرابات الناجمة عن المهلوسات الأخرى : المهلوسات الأخرى للتسممي تختلف عن غيرها من الاضطرابات التي تسببها المهلوسات (على سبيل المثال : التي يسببها اضطراب القلق للمهلوسات ، مع بداية ، أو أثناء التسممي) لأن الأعراض في هذه الاضطرابات الأخيرة هي السائدة بصورة سريرية وشديدة بما يكفي لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

اضطراب المهلوسات وامعان الادراك

: Hallucinogen Persisting Perception Disorder

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F16.983)

A . بعد وقف استخدام المهلوسات ، فإن واحدا أو أكثر من الأعراض الإدراكية التي شهدت (الفرد مخمورا) مع المهلوسات (على سبيل المثال : الهلوسة الهندسية ، مع تصورات خاطئة فى مجال الحركة الطرفية البصرية ، المصاحب للومضات ، ولتكثيف الألوان ، ومسارات الصور من الأجسام المتحركة ، afterimages ، مع هالات حول الأشياء ، ورؤية مستصغرة للأشياء macropsia) .

B . الأعراض في المعيار A يسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المهام الاجتماعية ، والمجالات المهنية الهامة ، أو غيرها من الأداء .

C . ولا تعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : الآفات التشريحية ، والتهابات الدماغ ، والصرع البصري) ولا تفسر بصورة أفضل مع آخر اضطراب

عقلي (مثل ، الهذيان ، أو مع اضطراب عصبي رئيس ، أو مع اضطراب الفصام) أو الهلوسة التابع للنوم .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة المميزة لاضطراب المهلوسات هي استمرار التصور ، كنمط من الاضطرابات الإدراكية الظاهرة ، وذلك حين يكون الفرد مخمورا مع المهلوسات . ويمكن أن تشمل الأعراض أي اضطرابات إدراكية .

ولكن يبدو أن الاضطرابات البصرية تميل إلى أن تكون هى الغالبة ، وذلك مع نمذجة غير طبيعية للتصورات البصرية ، والهلوسة الهندسية[1] والناتج عن التصورات الخاطئة عن الحركة في الحقول البصرية المحيطية ، مع ومضات من اللون ، وتكثيف الألوان ، ومسارات الصور من الأجسام المتحركة (أي ترك الصور العالقة في مسار جسم متحرك كما رأينا مع مضطربى التصوير الفوتوغرافي) ، مع تصورات لكائنات بأكملها ، بصورة إيجابية (أي نفس اللون أو تكميلي اللون "الظل" الذى يبقى بعد زوال الكائن) ، مع هالات حول الكائنات ، أو سوء فهم / لحجم الصور الكبيرة جداً أو الصغيرة جداً (رؤية مستصغرة) .

مدة الاضطرابات البصرية قد تكون عرضية أو مستمرة نسبياً ، ويجب أن تسبب ضائقة مهمة سريريةً أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهام العمل . وقد تستمر الاضطرابات لأسابيع أو شهور أو سنوات .

أما آخر تفسيرات للاضطرابات (على سبيل المثال : آفات الدماغ ، قبل إيجاد الذهان ، واضطرابات الاستيلاء ، والذى يجب أن يحكمه صداع نصفي / أو هالة دون صداع) .

---

(١) الهلوسة الهندسية : عبارة عن تخيلات لرؤية أشياء وأشكال هندسية أو أضواء ملونة ومتوهجة. يدرك المتعاطي عادة أن هذه الأشياء غير موجودة وأنها تأتي نتيجة على سبيل المثال من تعاطي المسكالين. وقد تحدث اختلال في قدرته على التقدير مرور الوقت، فالدقائق تمر طويلة وثقيلة كأنها ساعات. مع اختلال في رؤيته وتقديره للأبعاد والمسافات من حوله . – اختلال في إحساسه بجسمه .

وتؤدى المهلوسات إلى استمرار اضطراب الإدراك في المقام الأول بعد اعقار المهلوس(LSD حمض الليسرجيك ايثيلاميد) وذلك كمثال وليس على سبيل الحصر . ولا يبدو أن هناك علاقة قوية بين المهلوسات واستمرار اضطراب الإدراك وذلك فى عدد من مناسبات استخدام المهلوسات ، كما أن بعض الحالات من اضطراب الإدراك مع المهلوسات المستمرة - التي قد تحدث مع الحد الأدنى - من التعرض للمهلوسات لدى الأفراد . وكذلك فإن بعض الحالات المستمرة للمهلوسات قد تسبب اضطراب فى الإدراك عن طريق استخدام مواد أخرى (على سبيل المثال : الحشيش المخدر أو الكحول) أو في التكيف مع البيئات المظلمة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

يتم تطبيق اختبار الواقع للأفراد المضطربين بمهلوسات الإدراك (أي أن الفرد يدرك أن الاضطراب يرتبط بتأثير المخدرات) . وإذا لم تكن هذه هي حالة اضطراب آخر ، فقد يفسر بصورة أفضل بتصورات غير طبيعية .

معدل الانتشار Prevalence :

تقديرات معدل انتشار استمرار اضطراب المهلوسات الإدراكية غير معروفة . وكانت تقديرات معدل الانتشار تشير في البداية إلى الاضطراب بين الأفراد الذين يستخدمون عقاقير الهلوسة ، والتى تصل تقريبا إلى نسبة ٤،٢٪ .

دورة التنمية Development and Course :

لا يعرف إلا القليل عن تطور المهلوسات حول استمرار اضطراب الإدراك . لما له من طبيعة خاصة بالحالة ، والتى قد تستمر بصفة دائمة لمدة أسابيع أو شهور أو حتى سنوات لدى بعض الأفراد .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

هناك القليل من الأدلة بشأن عوامل استمرار اضطراب خطر المهلوسات على الإدراك ، وعلى الرغم من أن العوامل الوراثية قد تتخذ كتفسير محتمل للعوامل الكامنة لحساسية تأثيرات مثل عقار الهلوسة LSD في هذا الشرط .

الآثار الوظيفية لاضطراب المهلوسات وإمعان الإدراك :

على الرغم من استمرار اضطراب مهلوسات الإدراك ، إلا أنه يظل حالة مزمنة في بعض الحالات ، كما أن العديد من الأفراد المصابين بهذا الاضطراب قادرين على قمع هذه الاضطرابات ، والتي قد يستمر الفرد في العمل بشكل طبيعي .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

وتشمل الشروط الواجب اتخاذها استبعاد الفصام ، وآثار المخدرات الأخرى ، مثل : اضطرابات الاعصاب ، والسكتة الدماغية والأورام الدماغية ، والالتهابات ، وصدمات الرأس .

وعادة ما تكون نتائج تصوير الأعصاب سلبية : سواء فى المهلوسات ، أو فى استمرار حالات اضطراب الإدراك . كما لوحظ في وقت سابق ، وقائع الاختبار لا تزال سليمة (أي أن الفرد على علم بأن الاضطراب مرتبط بتأثير المخدرات) ، وقد تكون الحالة متصلة باضطراب آخر (على سبيل المثال : اضطراب ذهاني ، أو آخر حالة طبية) قد تفسر أفضل / بتصورات غير طبيعية .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الاضطرابات النفسية لتلك الحالة المرضية الشائعة والمصاحبة للمهلوسات ، من استمرار التصور واضطراب الهلع ، واضطراب تعاطي الكحول ، والاضطراب الاكتئابي .

اضطرابات الفينسيكليدين المستحثة / والتي توصف بالاضطرابات التي يسببها فينسيكليدين في فصول أخرى من هذا الدليل مع الاضطرابات التي تشترك فى أعراضها (انظر الاضطرابات النفسية التي يسببها الدواء) : مثل : الاضطراب الذهاني التي يسببها فينسيكليدين ، اضطراب طيف الفصام واضطرابات نفسية أخرى ؛ والاضطراب الثنائي القطب الناجم عن فينسيكليدين ، واضطرابات ثنائي القطب ذات الصلة ؛ اضطراب الناجم عن الاكتئاب بالفينسيكليدين (الاضطرابات الاكتئابية) ، اضطراب القلق التي يسببها فينسيكليدين ، اضطرابات القلق الناجم عن الهذيان التسممى لفينسيكليدين ، (انظر مناقشة المعايير الهذيان في فصل الاضطرابات العصبية ،

والاضطرابات التي يسببها فينسيكليدين ويتم تشخيصها بدلا من ذلك بتسممى فينسيكليدين فقط ، وذلك عندما تكون الأعراض كافية لتبرير شدة الاهتمام السريري المستقل .

اضطراب فينسيكليدين المتصلة غير محدد (F16.99) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب فينسيكليدين ذات الصلة الذى يسبب ضيق سريري هام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أوفى مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تلبي كامل معايير أي اضطراب متعلقة بالفينسيكليدين المحدد ، أو مع أي من الاضطرابات في فئة التشخيص ذات الصلة بالإدمان .

اضطراب المهلوسات المتصلة غير محدد (F16.99) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للفوضى التي تسبب ضيق سريري هام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي اضطراب متعلقة بالمهلوسات المحددة ، أو أي من فئات تشخيص اضطرابات الإدمان .

اضطرابات المتصلة بمواد التنشق :

- اضطراب استخدام مواد التنشق .
- التسممى مواد التنشق .
- اضطرابات مواد التنشق الأخرى المستحثة .
- اضطراب مواد التنشق غير محدد الصلة .

اضطراب استخدام مواد التنشق Inhalant Use Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . أسلوب إشكالية استخدام المادة القائمة على مواد التنشق قد تؤدي إلى ضعف سريري هام أو محنة ، كما يتجلى من قبل اثنين على الأقل من التالي ، الذى يحدث خلال فترة الـ ١٢ شهراً : -

١.غالباً ما تتخذ هذه المادة مواد التنشق بكميات أكبر أو لفترة أطول مما هو مقصود .

٢. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على استخدام مواد التنشق .

٣. يتم أنفاق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة اللازمة للحصول على مواد التنشق ، استخدامها ، أو على الشفاء من آثاره .

٤. الرغبة القوية في استخدام مواد التنشق .

٥. الاستخدام المتكرر لمواد التنشق مما يؤدى إلى عدم الوفاء بالالتزامات التى لها دوراً رئيسياً في العمل ، أو المدرسة ، أو المنزل .

٦. استمرار استخدام مواد التنشق على الرغم من الجهود المستمر أو المتكرر للمشاكل الشخصية والاجتماعية أو تسبب تفاقم آثار استخدامه .

٧. تردى الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو ترفيهية الهامة وتخفيضها من استخدام مواد التنشق .

٨. الاستخدام المتكرر لمواد التنشق في الحالات التي تكون خطرة جسدياً .

٩. استمرار استخدام مواد التنشق على الرغم من وجود المعرفة المستمرة بعواقب المشكلات الجسدية أو النفسية المتكررة ، والتي من المرجح أن تسبب أو تفاقم من قبل الجوهر .

١٠. التسامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . أسلوب لزيادة كميات ملحوظة من المواد الخاضعة للمستنشق لتحقيق التسمم أو التأثير المطلوب .

ب . هناك تأثير تقلص بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من مواد تنشق الجوهر .

تحديد مواد التنشق الخاصة : عندما يكون ذلك ممكنا ، عبر مادة معينة تشارك فى الإضطراب، لذا ينبغي الكشف عن اسم تلك المادة (على سبيل المثال : اضطراب استخدام المذيبات) .

تحديد ما إذا : -

تحسن واختفاء في وقت مبكر : بعد المعايير الكاملة لاضطراب استخدام مواد التنشق والتى تلتقى - في وقت سابق - مع أي من معايير اضطراب استخدام مواد التنشق لمدة (٣ أشهر) على الأقل ، والتى تستمر لمدة تقل عن ١٢ شهراً (مع الاستثناء فى المعيار A4) الخاص بالحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) لمادة التنشق ، أو رغبة قوية أو الحث على استخدام مادة مواد التنشق / ولا يجوز الحد منه) .

تحسن واختفاء مستمر : للمعايير الكاملة لاضطراب استخدام مواد التنشق التى كانت تلتقى في السابق ، وأن تكزن قد استوفيت أياً من المعايير لاضطراب استخدام مواد التنشق في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر (باستثناء معيار A4 الخاص بالرغبة القوية في استخدام مادة مواد التنشق / ولا يجوز الحد منه) .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : يستخدم هذا المحدد الإضافي إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى مواد التنشق .

الرمز بناءً على الشدة الراهنة : ملاحظة رموز ICD-10-CM : إذا كان التسممى لمواد التنشق أو اضطراب آخر ناجم عن مواد التنشق العقلي موجود أيضاً ، ولا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استخدام مواد التنشق ، وبدلا من ذلك ، يشار إلى الحالة المرضية لاضطراب استخدام مواد التنشق في رقم 4 من قانون الاضطراب الناجم عن مواد التنشق (راجع ملاحظة الترميز لتسمم مواد التنشق أو الناجم عن اضطراب عقلي لمواد التنشق المحددة) . على سبيل المثال : إذا كانت هناك حالة مرضية لاضطراب الاكتئاب واضطراب استخدام مواد التنشق الناجم عن الاستنشاق التى تسببها مواد التنشق ، وتعطى كود اضطراب الاكتئاب ، مع الطابع 4 لبيان ما اذا كانت الحالة المرضية لاضطراب استخدام مواد التنشق : خفيفة ، أو معتدلة أو شديدة : F18.14 اضطراب استخدام مواد التنشق مع الناجم عن اضطراب الاكتئاب أو نشوق

FI 8.24 لاستخدام مواد التنشق الخفيف ، أو المعتدل أو الشديد للاضطراب الناجم عن مواد التنشق مع الاضطراب الاكتئاب .

تعيين خطورة الحالة : -

- (F18.10) معتدلة : وجود ٢-٣ أعراض .
- lUloderate (F18.20) : وجود ٤-٥ أعراض .
- (FI 8,20) شديدة : وجود ٦ أو أكثر من أعراض .

تحديد المواصفات Specifiers :

دليل إثبات الحالة - الجرمية - ويتم باستخدام المواد الهيدروكربونية المتطايرة تلبية لمعايير التشخيص أعلاه .

اضطراب استخدام مواد التنشق : وتشمل كل من : الهيدروكربونات المتطايرة ، وهي الغازات السامة من المواد اللاصقة ، والوقود ، والدهانات ، ومركبات طيارة أخرى . وعندما يكون ذلك ممكنا ، يجب أن تكون اسم المادة المعنية محدداً (على سبيل المثال اضطراب استخدام التولوين) .

ومع ذلك ، فإن معظم المركبات التي يتم استنشاقها هي مزيج من العديد من المواد التي يمكن أن تنتج الآثار النفسية ذاتها ، وغالباً ما يكون من الصعب التأكد - بصوره دقيقة - من المادة المسؤولة عن هذا الاضطراب، وذلك ما لم يكن هناك دليل واضح محدد لمادة غير مخلوطة / والتى قد تستخدم ، كما ينبغي استخدام مصطلح عام لمواد التنشق عند تسجيل تشخيص الاضطرابات الناجمة عن استنشاق أكسيد النيتروس أو من الأميل بوتيل أو مع مادة (غير معروفة) أو مع اضطراب تعاطي المخدرات .

في البيئة المسيطر عليها : ينطبق ذلك باعتباره محدد بمزيد من الصفح إذا كان الفرد على حد سواء في حالة الصفح / أو في البيئة المسيطر عليها (أي في وقت مبكر فى الصفح من للرقابة البيئة / أو في وقت الصفح المستدام في البيئة المسيطر عليها) . والأمثلة على هذه البيئات هي : السجون الخالية من مضمون تلك المواد ، أو فى المجتمعات العلاجية ، والمستشفيات .

يتم تقييم شدة اضطراب مواد التنشق الناتجة عن استخدام الأفراد لها : وذلك من قبل عدد من تشخيصات المعايير المعتمدة . ويتم تغيير شدة اضطراب استخدام مواد

التنشق لدى الأفراد / والذى ينعكس عن طريق تخفيضات في وتيرة عملها (على سبيل المثال : تستخدم يوما في الشهر) أو جرعة (على سبيل المثال : أنابيب من الغراء يوميا) والمستخدمة وفقا لتقييم تقرير الفرد ، وتقارير الآخرين ، وملاحظات الطبيب ، والاختبارات البيولوجية المعملية .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

وتشمل مميزات اضطراب استخدام مواد التنشق الاستخدام المتكرر لمواد التنشق على الرغم من علم الفرد بأن هذه المادة هي المسببة لمشاكل خطيرة له (A9) . وقد تنعكس هذه المشاكل في معايير التشخيص على سبيل المثال :

في الأيام المفتقده فى العمل أو المدرسة أو عدم القدرة على الأداء المطلوب ، أو مع مسؤوليات كل من العمل أو المدرسة (A5) ، أو مع استمرار استخدام مواد التنشق على الرغم من أنه يسبب الحجج مع العائلة أو الأصدقاء ، وتجارب ، وغيرها من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية (A6) .

وقد ينظر في اضطراب استخدام مواد التنشق ، فى الحد من الاتصال بالأسرة أو العمل أو التزامات المدرسة ، أو حتى الجوانب الترفيهية ، والتى تحدث من خلال الأنشطة المفتقده (على سبيل المثال : الرياضة ، والألعاب ، الهوايات) أيضاً (A7) . كما أن استخدام مواد التنشقات يعد أمراً خطيراً / خاصة عند قيادة السيارة أو تشغيل المعدات الخطيرة (المعيار (A8) .

التسامح (**A10**) : ويسير إلى السحب الخفيفة / والذى يتم الإبلاغ عنه كل بنسبة حوالي ١٠ ٪ من الأفراد الذين يستخدمون مواد التنشقات ، وعدد قليل من الأفراد الذين يستخدمون مواد التنشقات لتجنب الانسحاب ، ومع ذلك ، فإن أعراض الانسحاب قد تكون خفيفة ، وهذا دليل على عدم الاعتراف باتخاذ تشخيص انسحاب مواد التنشق (كما ينبغى ألا ينظر إلى شكاوى الانسحاب) كمعيار تشخيص لاضطراب استخدام مواد التنشق .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

ويدعم تشخيص اضطراب استخدام مواد التنشق عن طريق الحلقات المتكررة من التسممى مع نتائج سلبية في نسب المخدرات القياسية (التي لا تكشف طبيعة مواد التنشقات)؛ مثل : (الحيازة ، أو الروائح العالقة ، ومواد التنشق ؛ مما حول الفم أو الأنف كشبه طفح الغراء) .

معدل انتشار استخدام مواد التنشق (على سبيل المثال : بعض المجتمعات الأصلية أو السكان الأصليين ، والأطفال بلا مأوى في الشارع عصابات) ؛ سهولة الوصول إلى بعض مواد التنشق ؛ حيازة أدواتها ؛ وجود مضاعفات طبية مميزة الفوضى (على سبيل المثال : المادة البيضاء في الدماغ وفقاً لعلم الأمراض ، وانحلال الربيدات) ، والمصاحب لوجود اضطرابات تعاطي المخدرات المتعددة ، كما يرتبط استخدام مواد التنشق باضطرابات استخدام مواد التنشق مع محاولات الانتحار السابقة ، وخاصة بين البالغين ، وفقاً لتقارير الحلقات السابقة من تدني حالة المخاطر المزاجية ، أو انعدام التلذذ .

معدل الانتشار Prevalence :

قد تختلف معدلات الانتشار اختلافا كبيراً ،وينخرط حوالي ٠,٤ ٪ من الأميركيين الذين تتراوح أعمارهم ١٢-١٧ سنة ممن لديهم أسلوب استخدام يلبي معايير استخدام اضطراب مواد التنشق (في الأشهرالـ ١٢) السابقة من بين هؤلاء الشباب .

أما معدل الانتشار فهو أعلى في الأميركين الأصليين والأميركيين الأفارقة ، أما أدنى معدل انتشار فيقع مع حوالي ٠,١ ٪ بين الأميركيين الذين تتراوح أعمارهم ١٨-٢٩ سنة ، وبنسبة ٠,٠٢٪ فقط .

دورة التنمية Development and Course :

حوالي ١٠٪ من الأطفال الأميركيين البالغين من العمر (١٣ عاما) يمكن أن يقدموا تقريرا عن مواد التنشقات التى تستخدم لمرة واحدة على الأقل ؛ وتبقى هذه النسبة ثابتة خلال عمر ١٧ عاما ، والذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٧) عاما مع استخدام مواد

التنشقات ، وتشمل أكثر المواد المستخدمة الغراء ، تلميع الأحذية ، أو التولوين؛ البنزين ، أما أخف السوائل فهى رذاذ الدهانات . ٠,٤٪ فقط من الذين تتراوح أعمارهم بين (١٢ - ١٧) عاما مع اضطراب استخدام مواد التنشق ، ويميل أولئك الشبان إلى ظهور مشاكل أخرى متعددة ، مثل انخفاض معدل انتشار الفوضى بعد استخدام مواد التنشق ، والذى يشير إلى أن هذا الاضطراب عادة ما يتصل بمسؤوليات البلوغ المبكر .

اضطراب استخدام المواد الهيدروكربونية المتقلب ، أمر نادر الحدوث في الأطفال سابقى البلوغ ، إلا أنه أكثر شيوعاً في المراهقين والشباب ، وهو من غير المألوف لدى كبار السن ، وقد تلقت مراكز مراقبة السموم استغاثات متعددة جراء تعاطى مواد التنشقات ، وبلغت ذروة المكالمات التي تنطوي على الأفراد في سن ١٤ عاما من المراهقين الذين يستخدمون مواد التنشقات ، ربما خمس الحالات التى تطور اضطراب استخدام مواد التنشق / يموتون من الحوادث المرتبطة بمواد التنشق ، أو" الموت المفاجئ" . وعلى ما يبدو فإن معدل انتشار الاضطراب يتضح من الأفراد بعد سن المراهقة ، وينخفض بشكل كبير بين الأفراد في سن العشرين / ممن لديهم اضطراب استخدام مواد التنشق ، والتى تمتد إلى مرحلة البلوغ ، والتى غالباً ما تتصل بمشاكل حادة مثل : اضطرابات تعاطي المخدرات ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، والتفكير فى الانتحار .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : تشمل اضطرابات تعاطي المخدرات مواد غير التنشق والتى تتعلق بالحالة المرضية وإما الاضطراب السلوكى ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، فقد ينبئ بظهوره في وقت سابق مع مواد التنشق ، أو الاستخدام والتعامل المسبق مع خدمات الصحة النفسية .

المخاطر البيئية : والتى تتصل بالغازات المنبعثة من مواد التنشق المتاحة على نطاق واسع ، مما يزيد من مخاطر سوء الاستخدام ، كما ترتبط سوء المعاملة في مرحلة الطفولة أو الصدمة / مع اضطراب استخدام مواد التنشق .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : تشير المخاطر السلوكية هو إلى الميل الوراثي العالي لعدم تقيد السلوك بطرق مقبولة اجتماعيا ، ولكسر المعايير والقواعد الاجتماعية ،

أو المجازفة الخطرة ، وسعي المتعاطى لاستخدام مواد التنشق بهدف حصوله على المكافآت المفرطة (فى نظره) على الرغم من مخاطر الآثار السلبية .

أما عوامل الخطر السلوكية فتظهر لدى الشباب فى السلوك الفاضح الناتج عن اضطراب استخدام مواد التنشق مثل : اضطراب تعاطي المخدرات ، وإشراك مواد متعددة ، وظهور المشاكل السلوكية في وقت مبكر . ولأن السلوك الفاضح يقع تحت تأثير وراثي قوي في الأسر التي لديها تاريخ من المخدرات والمشاكل المعادية للمجتمع لمن هم في خطر مرتفع مع اضطراب استخدام مواد التنشق .

تشخيص قضايا ذات صلة الثقافية :

شهدت بعض المجتمعات الأصلية أو السكان الأصليين ارتفاع معدل الانتشار مشاكل مواد التنشق ، وتوجد في بعض البلدان مجموعات من الأطفال المشردين في شكل عصابات الشوارع ممن لديهم مشاكل واسعة من استخدام مواد التنشق .

تشخيص القضايا المرتبطة بين الجنسين

: Gender-Reiated Diagnostic issues

على الرغم من أن معدل انتشار اضطراب استخدام مواد التنشق مطابق تقريبا في الذكور المراهقين والإناث ، إلا أن الاضطراب نادراً جداً بين الإناث البالغات .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

قد تشكل إختبارات وفحوص البول ، والتنفس ، أو اللعاب / كاختبارات قيمة لتقييم الاستخدام المتزامن من غير مواد التنشق المواد من قبل الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام مواد التنشق . ومع ذلك ، فإن المشاكل التقنية الكبيره الخالية من التحليلات البيولوجية ، قد تؤدى إلى تكرار اختبارات مواد التنشقات على مر الزمن .

العواقب الوظيفية من اضطراب استخدام مواد التنشق :

تسبب السمية الكامنة ، الناتجة عن استخدام غاز البوتان أو البروبان غير القاتل بشكل غير منتظم ، علاوة على الهيدروكربونات المتطايرة التى يتم استنشاقها كل ماسبق : قد ينتج " استنشاق الموت المفاجئ " مع عدم انتظام ضربات القلب . وقد تحدث حالة وفاة حتى مع أول تعرض لمواد التنشق ، والتى لا يعتقد أنها تكون ذات

صلة بالجرعة . كما أن استخدام المواد الهيدروكربونية المتطايرة 'يضعف وظيفة السلوك العصبي ، مع ظهور مشاكل عصبية للجهاز الهضمي ، والقلب والأوعية الدموية ، والرئة .

كذلك فإن المستخدمين لمواد التنشق طويلة الأجل هم في خطر متزايد : لمرض السل وفيروس نقص المناعة الإيدز ، والأمراض المنقولة جنسيا ، والاكتئاب ، والقلق ، والتهاب الشعب الهوائية ، والربو ، والتهاب الجيوب الأنفية . كما قد تحدث الوفيات نتيجة تأثر الجهاز التنفسي ، وعدم انتظام ضربات القلب ، والقيء ، والاختناق .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

التعرض لمواد التنشق (غير المقصود) من الحوادث الصناعية أو غيرها : وهذه التسمية تستخدم عندما تشير النتائج المتكررة أو المستمرة للتعرض لمواد التنشق ، وتستخدم مواد التنشق (المتعمد) ، دون تلبية معايير اضطراب استخدام مواد التنشق . كما يعد استخدام مواد التنشق أمراً شائعاً بين المراهقين ، ولكن بالنسبة لمعظم هؤلاء الأفراد ، قد تستخدم مواد التنشق لتلبية معايير التشخيص لاثنين أو أكثر من معايير وحدات الاضطراب باستخدام مواد التنشق (لمدة عام سابق) .

تسمم مواد التنشق ، دون تلبية معايير اضطراب استخدام مواد التنشق : تسمم مواد التنشق غالباً ما يحدث أثناء اضطراب استخدام مواد التنشق ولكنه أيضاً قد يحدث بين الأفراد - مع الاستخدام- الذين لا يلبوا معايير اضطراب استخدام مواد التنشق ، الأمر الذي يتطلب اثنين على الأقل المعايير التشخيصية العشرة في العام السابق / وهي : الاضطرابات الناجمة عن الاستنشاق (أي التي يسببها مواد التنشق الاضطراب الذهاني ، اضطراب الاكتئاب اضطرابات القلق اضطراب عصبي ، واضطرابات الناجمة عن مواد التنشق أخرى) دون تلبية معايير اضطراب استخدام مواد التنشق ، ويتم استيفاء معايير الاضطراب الذهاني ، والاكتئاب ، والقلق ، أو اضطراب عصبي رئيس ، وهناك أدلة من التاريخ المرضى ، عن نتائج الفحص البدني ، والتى ذات الصلة بآثار مواد التنشق ، والتى قد لا تحقق معايير اضطراب استخدام مواد التنشق (أي كانت أقل من اثنين من المعايير العشرة الحالية) .

اضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى ، لا سيما تلك التي تنطوي على المواد المسكنة (على سبيل المثال : الكحول ، البنزوديازيبينات والباربيتورات) . اضطراب استخدام مواد التنشق عادة ما تتشارك فى حدوثها مع مادة أخرى مثل اضطرابات الاستخدام ، وأعراض الاضطرابات التى قد تكون مشابهة ومتداخلة .

كما أنه من المفيد الاستفسار حول أي أعراضاستمرت خلال الفترات التي لم يتم فيها استخدم بعض هذه المواد السامة ، مثل أعراض : اضطراب التمثيل الغذائي ، واضطرابات الصدمة ، الأورام ، أو الأمراض المعدية الأخرى المسهمة فى الضعف المركزي ، أو العصبي المحيطي المتصل بأنظمة الفرد الأساس .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام مواد التنشق فقد يقدموا أعراض من فقر الدم الخبيث ، تحت الحاد ، وضمور حبل العمود الفقري ، والذهان ، واضطراب الإدراك الرئيس أو الثانوي ، وضمور المخ ، واعتلال المادة البيضاء فى الدماغ ، مع العديد من اضطرابات الجهاز العصبي الأخرى .

وبطبيعة الحال ، فإن هذه الاضطرابات قد تحدث أيضاً في غياب اضطراب استخدام مواد التنشق، كما أن هناك تاريخ من استخدام مواد التنشق الضئيل أو المعدوم مما يساعد على استبعاد اضطراب استخدام مواد التنشق كمصدر رئيس لهذه المشاكل .

اضطرابات أجهزة الجسم الأخرى : الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام مواد التنشق قد تقدم مع أعراض تلف الكبد أو الكلى ، وانحلال الربيدات ، نقص نسب هيموجلوبين الدم ، أو أعراض أمراض الجهاز الهضمي ، والقلب والأوعية الدموية ، أو الرئوية الأخرى . وهناك تاريخ قليل أو معدوم من استخدام مواد التنشق والذى يساعد على استبعاد اضطراب استخدام مواد التنشق كمصدر لهذه المشاكل الطبية .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام مواد التنشق يتلقوا الرعاية الطبية في كثير من الأحيان للعديد من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة . كما يحدث اضطراب استخدام مواد التنشق عادة بصورة مشتركة مع اضطراب سلوك المراهقين

والكبار ، ومع اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع . كما يرتبط استخدام مواد التنشق لدى الكبار بظهور الاضطراب المرتبطة بقوة مع التفكير في الانتحار أو محاولات الانتحار .

التسممى لمواد التنشق Inhalant Intoxication :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الزوائد قصيرة الأجل المقصودة أو غير المقصودة ، والتعرض لجرعة عالية من مواد التنشق ، بما في ذلك الهيدروكربونات المتطايرة مثل التولوين أو البنزين .

B . التغييرات السلوكية أو النفسية السريرية والتى تمثل إشكالية هامة (على سبيل المثال : العداء ، assaultiveness ، واللامبالاة ، وضعف التحكم) والتي وضعت أثناء أو بعد فترة وجيزة ، من التعرض لمواد التنشق .

C . اثنين (أو أكثر) من العلامات أو الأعراض النامية خلال ، أو بعد فترة وجيزة تالية من استخدام مواد التنشق أو التعرض : -

١. الدوار .
٢. الرأرأة .
٣. عدم تناسق .
٤. التأتأة في الكلام .
٥. مشية غير مستقرة .
٦. الخمول .
٧. ردود الفعل من الاكتئاب .
٨. إعاقة الحركية النفسية .
٩. رعاش .
١٠. ضعف معمم في العضلات .
١١. الرؤية غير الواضحة أو ازدواج الرؤية .
١٢. ذهول أو غيبوبة .
١٣. فرحة عارمة .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى / ولا تفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى بمادة أخرى .

ملاحظة عن الترميز : رمز ICD-9-CM هو رمز ICD-10-CM يعتمد على ما إذا هناك اضطراب استخدام مواد التنشق والمتورطة فى حالة مرضية . وإذا كان اضطراب استخدام مواد التنشق خفيف ، ولا يمثل حالة مرضية ، فيكود ICD-10-CM هو F18.129 ، وإذا كان اضطراب استخدام مواد التنشق معتدلاً أو شديداً يرمز بالحالة المرضية ، ICD-10-CM هو F18.229. وإذا لم يكن هناك اضطراب نتيجة استخدام مواد التنشق كحالة يرمز ICD-10-CM هو FI 8.929.

ملاحظة : للحصول على معلومات حول التنمية وبطبيعة الحال ، حول المخاطر والعوامل الثقافية المنذرة فيتم تشخيص القضايا ذات الصلة ، وتشخيص الأعراض ، راجع الأقسام المناظرة في مواد التنشق باستخدام الفوضى .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تسمم مواد التنشق : هو اضطراب عقلي سريرى هام ، وذات الصلة بمواد التنشق التى تتطور أثناء ، أو بعدها التنشق مباشرة ، وبصورة مقصودة أو غير مقصودة من استنشاق المواد الهيدروكربونية المتطايرة الجوهر .

أما الهيدروكربونات المتطايرة فهي تشير إلى الغازات السامة من المواد اللاصقة ، والوقود ، والدهانات ، ومركبات طيارة أخرى . وعندما يتم تنشق تلك المادة فيجب أن تكون تسُممية (على سبيل المثال : تسممى التولوين) [1] . بين أولئك الذين يفعلون ذلك ، أما المسح التسممى فيحدث في غضون بضع دقائق إلى بضع ساعات بعد انتهاء التعرض له . وبالتالي فعادة ما يحدث ، التسممى الناتج عن مواد التنشق في الحلقات الموجزة التي قد تتكرر .

---

(١) التولوين Toluene : C6H5-CH3 مادة عضوية مذيبة. عديمة اللون وذات رائحة خاصة، وهو من الهيدروكربونات العطرية.تستخدم كيميائيا كبديل عن البنزين السام. تضاف إلى الوقود. وتستعمل كوسيطة لعدد كبير من المركبات بما فيها العقاقير والصبغات والمنظفات والعطور والمتفجرات والراتنجات المخلقة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

يجوز أن يبين التسمم الناتج عن مواد التنشق من قبل الاستدلال على الروائح العالقة ، من مواد التنشق (على سبيل المثال : الغراء ، والطلاء أرق والبنزين والولاعات البوتان)؛ ويحدث التسممى بواضوح في الفئة العمرية مع أعلى معدل انتشار لاستخدام مواد التنشق (١٢-١٧ سنة)؛ ويتضح التسممى مع نتائج سلبية من نوعية المخدرات القياسية التي عادة ما تفشل في تحديد مواد التنشقات .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار الحلقات الفعلي للتسمم : مواد التنشق في عموم السكان غير معروفة ، ولكن من المحتمل أن تحدث لدى معظم المستخدمين ، وقد يلتقى استخدام مواد التنشق -في بعض الوقت - مع معايير اضطراب التسممى الناتج عن مواد التنشق . وبالتالي فإن معدل انتشار استخدام مواد التنشق ، ومعدل انتشار اضطراب التسممى الناتج عن مواد التنشق / والتى من المرجح أن تكون مماثلة للتشخيص المماثل في عام ٢٠٠٩ ، ٢٠١٠ ، الذى أيد استخدام مواد التنشق في العام السابق بنسبة ٠,٨٪ لدى جميع الأميركيين الأكبر سنا من ١٢ عاما ؛ كما صادف معدل انتشار أعلى في الفئات العمرية الأصغر سنا بنسبة (٣,٦ ٪ للأفراد ١٢ إلى ١٧ سنة ، وبنسبة و١,٧ ٪ للأفراد ١٨ إلى ٢٥ سنة) .

تشخيص القضايا المرتبطة بين الجنسين

: Gender-Reiated Diagnostic issues

الفروق بين الجنسين : معدل انتشار التسممى الناتج عن مواد التنشق في عموم السكان هي غير معروفة . ومع ذلك ، فمن المفترض أن معظم المستخدمين لمواد التنشق في نهاية المطاف ، مع تجربتهم لمواد التنشق تتصل بالاختلافات التسممية مثل : نوع الجنس في معدل انتشار مستخدمي مواد التنشق المرجح ، كما تقترب النسب بين الذكور والإناث الذين يعانوا من تسمم مواد التنشق .

وفيما يتعلق بالفروق بين الجنسين في معدل انتشار مستخدمي مواد التنشق في الولايات المتحدة ، فتصل إلى ١ ٪ من الذكور مع الاستخدام حتى عمر ١٢ عاما ،

بنسب ٠,٧ ٪ أكثر عنه لدى الإناث من نفس العمر مع مواد التنشقات في السابق العام، ولكن في الفئات العمرية الأصغر سنا أكثر الإناث من الذكور قد استخدمت مواد التنشقات (على سبيل المثال : بين الذين تتراوح أعمارهم بين (١٢ - ١٧ عاما) بنسب ٣,٦ ٪ للذكور و٤,٢ ٪ للإناث) .

الآثار الوظيفية للتسمم مواد التنشق :

استخدام مواد التنشق في حاوية مغلقة ، وذلك مثل وضع المدمن كيس من البلاستيك على رأسه ، ويجوز أن يؤدي ذلك إلى فقدان الوعي ، نتيجة نقص الأكسجين ، والموت المحقق .

وبشكل منفصل فإن " استنشاق الموت المفاجئ " فى هذه الحالة قد يكون مرجحا نتيجة عدم انتظام ضربات القلب أو السكتة ، والتى قد تحدث مع مختلف مواد التنشقات المختلفة . أما ما يعزز سمية بعض مواد التنشقات المتقلبة ، مثل البوتان أو البروبان ، والذى يسبب وفيات . وعلى الرغم من أن التسممى الناتج عن مواد التنشق يستمر لمدة قصيرة ، إلا أنه قد يستمر فى إحداث المشاكل الطبية والعصبية ، وخاصة إذا كانت حالة التسمم متكررة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

التعرض لمواد التنشق : دون الوفاء بمعايير اضطراب التسممى مواد التنشق : الفرد عن قصد أو عن غير قصد قد يستنشق المواد ، ولكن إذا كانت الجرعة غير كافية لمعايير التشخيص لاضطراب استخدام مواد التنشق أن تتحقق التسممى لمضمون الاضطرابات التي يسببها الدواء ، أو غيره من المواد الأخرى ، وخاصة من المواد المسكنة (على سبيل المثال : الكحول ، البنزوديازيبينات ، والباربيتورات) .

وقد يكون لهذه الاضطرابات علامات وأعراض مشابهة ، ولكن يعزى التسممى إلى غيره من المسكرات التي يمكن تحديدها من خلال نسب السموم فى الجسم .

أما التفريق مصدر التسممى فقد تنطوي على أدلة مميزة من التعرض لمواد التنشق كما هو موضح مع اضطراب استخدام مواد التنشق . وقد يقترح تشخيصه بالتسممى

الناتج عن مواد التنشق بالحيازة ، أو الروائح العالقة ، أو بمواد التنشق (على سبيل المثال : الغراء ، والطلاء ، البنزين ، وولاعات البوتان) .

أما أدوات الحيازة فهي (على سبيل المثال : الخرق أو أكياس البلاستيك لتركيز أبخرة الغراء)؛ حول الفم ، أو طفح الغراء .

ويتضح ذلك من خلال تقارير من العائلة أو الأصدقاء بأن الفرد المخمور يمتلك أو يستخدم مواد التنشقات ؛ كما يتضح التسممى من خلال نتائج نسب المخدرات القياسية (والتي عادة ما تفشل في تحديد مواد التنشقات)؛ أما الظواهر التسممية التي تحدث لهذه الفئة العمرية / ووفقا لأعلى معدل انتشار استخدام مواد التنشق فتتحدد بين متوسط أعمار (١٢-١٧ سنة) ؛ بالاشتراك مع غيره من المواد المعروفة لاستخدام مواد التنشقات ؛ وفي بعض المجتمعات الصغيرة قد يتم استخدام مواد التنشق العضوية السائدة (على سبيل المثال : بعض المجتمعات الأصلية أو السكان الأصليين ، ممن لا مأوى لهم ، مثل أطفال الشوارع والمراهقين) ، قد يصلوا إلى بعض المواد غير العادية لبعض مواد التنشق (مثل شم الكلة اللاصقة / وحرق الحشرات ثم تنشقها) .

الاضطرابات المتعلقة بمواد التنشق الأخرى : الحلقات الأساس من تسممى مواد التنشق لا تحدث بصورة متطابقة مع غيرها من الاضطرابات ذات الصلة بمواد التنشق . وتلك الاضطرابات المتصلة بمواد التنشق معترف بها من قبل معايير تشخيص كل منها مثل : اضطراب استخدام مواد التنشق / الاضطراب العصبي الذى تسببه مواد التنشق / الاضطراب الذهاني بفعل مواد التنشق / اضطراب الاكتئاب الذى تسببه مواد التنشق/ اضطرابات القلق / والاضطرابات الناجمة عن مواد الاستنشاق الأخرى وذلك مثل :

اضطراب التمثيل الغذائي ، واضطرابات الصدمة ، والأورام ، أوالأمراض المعدية الأخرى التي تضر الدماغ ووظائف الإدراك . أو ما قد ينتج العديد من الحالات الطبية العصبية وغيرها من التغيرات السلوكية أو النفسية السريرية الهامة (مثل العداء ، اللامبالاة ، وضعف التحكم) والتي تميز الحالة التسممية الناتجة عن مواد التنشق .

اضطرابات أخرى مواد التنشق المستحثة : توصف الاضطرابات التي تسببها مواد التنشق التالية في فصول أخرى من الدليل للذين يعانون من الاضطرابات التي يشتركون فيها مع أعراضها (انظر مادة الاضطرابات النفسية في الدليل الحالى) : مواد التنشق المسببة

للاضطراب الذهاني (الطيف الفصام ، واضطرابات نفسية أخرى) ؛ اضطراب الاكتئاب الناجم عن مواد التنشق (الاضطرابات الاكتئابية)؛ اضطرابات القلق الناجمة عن مواد التنشق (اضطرابات القلق)؛ اضطراب عصبي رئيس أو خفيف والناجم عن مواد التنشق (اضطرابات عصبي) . إلى الهذيان الناتج عن مواد التنشق التسممى ، انظر المعايير ومناقشة الهذيان في فصل "الاضطرابات العصبية " . ويتم تشخيص هذه الاضطرابات الناجمة عن الاستنشاق بدلا من مواد التنشق التسممية فقط عندما تكون الأعراض شديدة بما فيه الكفاية لتبرير مستقل للاهتمام السريري .

اضطراب مواد التنشق المتصلة غير محدد (F18.99) :

ينطبق هذا التصنيف على العروض التقديمية في أعراض الفوضى التي تسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة عن أي اضطراب متعلقة بمواد التنشق المحدد أو أي من اضطرابات ذات الصلة بالجوهر أو مع فئة تشخيص اضطرابات الإدمان .

الاضطرابات المتصلة بالمواد الأفيونية Opioid-Related Disorders :

- اضطراب استخدام المواد الأفيونية .
- التسممية الأفيونية .
- انسحاب المواد الأفيونية .
- الاضطرابات الأخرى التي تسببها المواد الأفيونية .
- اضطراب الأفيونية المتصلة غير المحددة .

اضطراب استخدام المواد الأفيونية Opioid Use Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A. الأسلوب فى إشكالية استخدام المواد الأفيونية مما يؤدي إلى ضعف سريري هام أو محنة ، والتي تحدث خلال فترة الـ ١٢ شهراً ، كما يتجلى من قبل اثنين على الأقل من التالي : -

١.غالباً ما تستنفذ الأفيونيات في مبالغ أكبر أو لفترة أطول مما كان يعتزم .

٢. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة للخفض أو السيطرة على استخدام المواد الأفيونية .

٣. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة اللازمة للحصول على المواد الأفيونية ، واستخدام المواد الأفيونية ، أو على الشفاء من آثاره .

٤. الرغبة القوية في استخدام المواد الأفيونية .

٥. استخدام المواد الأفيونية المتكررة مما يؤدى إلى عدم الوفاء بالالتزامات الهامة التي لها دوراً رئيسياً في العمل ، المدرسة ، أو المنزل .

٦. استمرار استخدام المواد الأفيونية على الرغم من الفقدان المستمر أو المتكرر للمهام الاجتماعية أو الشخصية ، إضافة إلى المشاكل الناجمة أو التي تفاقمت بسبب آثار المواد الأفيونية .

٧. تردى الأنشطة والمهام الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة وتخفيضها لاستخدام المواد الأفيونية .

٨. استخدام المواد الأفيونية المتكررة حتى في الحالات التي تكون خطرة جسدياً .

٩. استمرار استخدام المواد الأفيونية على الرغم من وجود المعرفة المادية المستمرة أو المتكررة بالمشاكل النفسية / التي من المرجح أن تكون ناجمة أو متفاقمة بسبب تلك المادة .

١٠. التسامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . أسلوب لزيادة كميات ملحوظة من المواد الأفيونية لتحقيق التسممى أو التأثير المطلوب .

ب . هناك تأثير تقلص بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المواد الأفيونية .

ملاحظة : لا يعتبر هذا المعيار من الواجب توافره لأولئك الذين يتناولون المواد الأفيونية فقط في إطار الإشراف الطبي المناسب .

١١. الانسحاب ، كما يتجلى من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . متلازمة الانسحاب الأفيونية المميزة (يرجى الرجوع إلى معايير (A,B) من المعايير المحددة للانسحاب من الأفيونية) .

ب . تؤخذ الأفيونيات (أو المادة ذات الصلة الوثيقة) لتخفيف أو تجنب انسحاب الأعراض .

ملاحظة : لا يعتبر هذا المعيار من الواجب توافره لأولئك الأفراد الذين أخذوا المواد الأفيونية فقط تحت الإشراف الطبي المناسب .

تحديد ما إذا : -

تحسن واختفاء في وقت مبكر : بعد تطبيق المعايير الكاملة لاضطراب استخدام المواد الأفيونية والتى لا تلتقى - سابقا- بلا شيء من معايير اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، والتى تم قد تم الوفاء بها لمدة ٣ أشهر على الأقل وبحد أقل من ١٢ شهراً (مع الاستثناء المعيار A4 " الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) للمادة ، أو مع رغبة قوية أو الحث على استخدام المواد الأفيونية ،" والتى لا يجوز الحد منها) .

تحسن واختفاء مستمر : بعد تطبيق المعايير الكاملة لاضطراب استخدام المواد الأفيونية والتى تلتقى في وقت سابق ، بلا شيء من معايير اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، والتى قد تم الوفاء بها خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4 ،" الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) للمادة ، أو مع رغبة قوية أو للحث على استخدام المواد الأفيونية ، والتى " لا يجوز الحد منها) .

تحديد ما إذا : -

العلاج : يستخدم المعيار الإضافى المحدد إذا كان الفرد قد قرر اتخاذ الدواء الموصوف مثل : الميثادون / أو البوبرينورفين / أو أياً ممن تم الوفاء بها من معايير اضطراب استخدام المواد الأفيونية لتلك الفئة من الأدوية (باستثناء التسامح ، أو الانسحاب من ، أو ناهض) . وينطبق هذا التصنيف أيضاً لأولئك الأفراد الذين يجري الحفاظ على نهوضهم بصفة جزئية ، أو ناهض خصم ، أو خصم كامل مثل النالتريكسون ، الذى يتم تعاطيه عن طريق الفم .

في البيئة المسيطر عليها : ويستخدم هذا المعيار الإضافى المحدد إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول فيه إلى المواد الأفيونية (سجن ، مستشفى مثلاً) .

الرمز بناءً على الشدة الراهنة : يتم ذلك بناء على ملاحظة رموز دليل الأمراض ICD-10-CM : في حالة وجود التسممى الأفيوني ، الانسحاب الأفيوني ، أو آخر اضطراب أفيوني مسبب للاضطراب العقلي .

ولا تستخدم الرموز أدناه لاضطراب استخدام المواد الأفيونية : وبدلا من ذلك ، يشار إلى الحالة المرضية لاضطراب استخدام المواد الأفيونية في حرف 4 من قانون الاضطراب الناجم عن الأفيونية (راجع ملاحظة الترميز للمواد الأفيونية التسممية ، والانسحاب الأفيوني ، أو المواد الأفيونية التي يسببها اضطراب عقلي معين) . وعلى سبيل المثال : إذا كانت هناك حالة مرضية يسببها اضطراب الاكتئاب الأفيوني ، واضطراب استخدام المواد الأفيونية ، فقط يتم إعطاء رمز الاكتئاب الناجم عن اضطراب الأفيونية ، مع الطابع مشيرا 4 إذا كانت الحالة المرضية اضطراب استخدام المواد الأفيونية : خفيف ومعتدل ، أو شديد : F11.14 استخدام اضطراب الأفيونية الخفيف التي يسببها اضطراب الاكتئاب أو F11.24 للمعتدلة أو الشديدة لاضطراب استخدام المواد الأفيونية التي يسببها اضطراب الاكتئاب .

تعيين خطورة الحالة : -

- (F11.10) معتدلة : وجود ٢ -٣ من الأعراض .
- (F11.20) متوسطة : وجود ٤-٥ من الأعراض .
- (F11.20) شديدة : وجود ٦ أو أكثر من الأعراض .

تحديد المواصفات Specifiers :

ينطبق تحديد المواصفات " على العلاج الوقائى " المحدد كما محدد بمزيد من العفو والصفح إذا كان الفرد على حد سواء في العفو والصفح يتلقى العلاج الوقائى ."في البيئة المسيطر عليها" كما ينطبق محدد بمزيد من العفو والصفح إذا كان الفرد سواء في بيئته / وبيئة مسيطر عليها (مع أي تحسن واختفاء في وقت مبكر في بيئته / أو في استدامة الموادة في البيئة المسيطر عليها) .

من أمثلة هذه البيئات - المشجعة على تعاطى وإدمان المخدرات - السجون الخالية من المضمون ، والمجتمعات العلاجية ، ووحدات المستشفيات المؤمنة . وينعكس تغيير الشدة عبر الزمان في الفرد أيضاً من خلال التخفيضات في تواتر مدة تعافى الحالة

(على سبيل المثال : أيام من الاستخدام شهريا) أو جرعة (على سبيل المثال : والحقن / أو لعدد من الحبوب) ويتم الاعلان عن التعافى من الأفيونية ، وفقا لتقييم تقرير ذوى الخبرة ، وتقرير الفرد ، وملاحظات الطبيب ، والاختبارات البيولوجية .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يشمل اضطراب استخدام المواد الأفيونية الأعراض التي تعكس القهرية والضعف مع المواد الأفيونية التي تستخدم لأغراض طبية مشروعة ، أو لحالة طبية أخرى غير الحالية التي تتطلب معالجة أفيونية ، والتي يتم استخدامها في جرعات كبيرة تزيد عن متطلبات حالة طبية . (على سبيل المثال : الفرد مع استخدام الأفيونيات المسكنة المقررة لتخفيف الألم بجرعات كافية للاستخدام بشكل ملحوظ ، وليس فقط بسبب استمرار الألم) .

أما الأفراد مع اضطراب استخدام المواد الأفيونية فيميلوا إلى تطوير هذه الأنماط العادية من تعاطي المخدرات القهرية / كما يؤثر على الأنشطة اليومية ، وعلى إدارة المواد الأفيونية . والتى عادة ما يتم شراءا تلك الأفيونيات في السوق غير الشرعية ، كما يمكن أيضاً الحصول عليها من الأطباء من خلال تزوير أو المبالغة فى المشاكل الطبية العامة ، أو من تلك التى تلتقي مع وصفات طبية في وقت واحد من عدة الأطباء .

أو حصول العاملين في مجال الرعاية الصحية (والذين يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية) والذين يمكنهم - بسهولة - على المواد الأفيونية الذى قد يكتبون الوصفات الطبية لأنفسهم أو عن طريق تحويل المواد الأفيونية أنفسهم ، أو التي تم وصفها للمرضى أو من لوازم الصيدليات .

ومعظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية لديهم مستويات عالية من التسامح وقد يشهد انسحاب وتوقف مفاجئ للمواد الأفيونية .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية فغالباً ما يضعوا شروطاً على المحفزات المتعلقة بالمخدرات (على سبيل المثال : الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) للمادة المستخدمة عند رؤية أي مشابه للهيروين مثل مسحوق مادة أخرى) وهي الظاهرة التي تحدث مع معظم الأدوية التي تسبب أعراض مكثفة للتغييرات

النفسية . وهذه الاستجابات ربما تسهم في الانتكاس ، ويصعب إطفاءها ، وعادة ما تستمر لفترة طويلة بعد اكتمال إزالة السموم) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

استخدام المواد الأفيونية يمكن أن يترافق مع تاريخ من الجرائم المتصلة بالمخدرات (على سبيل المثال : حيازة أو توزيع المخدرات والتزوير والسرقة والسطو أو تلقي بضائع مسروقة) . بين الأفراد المهنيين العاملين بالرعاية الصحية والذين لديهم استعداد للوصول إلى المواد المخدرة ، وغالباً ما يكون هناك أسلوب مختلف من الأنشطة غير المشروعة التي تنطوي على المشاكل المرتبطة بالمخدرات من الموظفين المحترفين بالمستشفيات ، أو من الأجهزة الإدارية الأخرى .

كما يرتبط بدعم التشخيص الصعوبات الزوجية (بما في ذلك الطلاق) ، والبطالة ، والعمالة غير النظامية ، وفي كثير من الأحيان يرتبط اضطراب استخدام المواد الأفيونية بجميع المستويات الاجتماعية والاقتصادية .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار لمدة ١٢ شهراً من اضطراب استخدام المواد الأفيونية ما يقرب من ٠,٣٧ ٪ بين البالغين في سن ١٨ سنة وكبار السن في عموم سكان المجتمع . وهذا قد يكون أقل من الواقع بسبب عدد كبير من الأفراد المسجونين الذين يعانون من اضطرابات استخدام المواد الأفيونية .

أما المعدلات فهي أعلى في الذكور أكثر من الإناث (٠,٤٩ ٪ مقابل ٠,٢٦ ٪) ، أما نسبة الذكور إلى الإناث المراهقات فهي عادة (١,٥ : ١) من الأفيونيات أخرى مثل الهيروين (أي المتاحة من خلال وصفة طبية) و٠٣ : ٠١ للهيروين ، وقد يكون هناك احتمال أكبر لتطوير اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية .

أما معدل انتشار النقصان مع التقدم في السن فهو واضح ، أما معدل الانتشار الأعلى فيصل إلى (٠,٨٢٪) بين البالغين في سن ٢٩ سنة أو الأصغر سنا ، والذى ينخفض إلى ٠,٠٩ ٪ بين البالغين فى سن ٦٥ سنة فما فوق .

أما معدل انتشار اضطراب استخدام المواد الأفيونية بين البالغين فهو أقل بين الأميركيين الأفارقة والممثل تمثيلا زائدا بنسبة ٠,١٨٪ بين الأميركيين الأصليين عند

مستوى ١,٢٥ ٪ . وهو قريب من المتوسط بين البيض (٠,٣٨ ٪) ، وتصل النسبة فى آسيا أو جزر المحيط الهادئ إلى نسبة (٠,٣٥ ٪) ، واللاتينيين (٠,٣٩ ٪) .

كما تبين أن الأفراد في الولايات المتحدة الذين تتراوح أعمارهم ١٢-١٧ سنة ، تصل معدلات الانتشار لديهم لمدة ١٢ شهراً مع اضطراب استخدام المواد الأفيونية في المجتمع السكاني بنسب حوالى ١,٠ ٪

أما معدل انتشار اضطراب تعاطي الهيروين فهو أقل من ٠,١ ٪ . وعلى النقيض من ذلك ، فإن اضطراب استخدام المسكنات غير السائدة يصل إلى حوالي ١,٠ ٪ من الذين تتراوح أعمارهم ١٢-١٧ سنة ، ومن الأهمية التأكيد على أن مجموعة مواد المسكنات الأفيونية ذات عواقب صحية كبيرة .

أما معدل الانتشار فيستمر لمدة ١٢ شهراً من مشكلة استخدام المواد الأفيونية في البلدان الأوروبية في لدى الأعمار ١٥-٦٤ سنة / بنسب ما بين ٠,١ ٪ و٠,٨ ٪ . وبمتوسط معدل انتشار استخدام المواد الأفيونية المشكلة في الاتحاد الأوروبي والنرويج ما بين ٠,٣٦ ٪ و٠,٤٤ ٪ .

دورة التنمية Development and Course :

اضطراب استخدام المواد الأفيونية يمكن أن يبدأ في أي سن ، ولكن المشاكل المرتبطة باستخدام المواد الأفيونية هي الأكثر شيوعاً (لأول مرة في أواخر سنوات المراهقة أو أوائل سن العشرين) .

وقد يتطور اضطراب استخدام المواد الأفيونية - مرة واحدة - وذلك على الرغم من فترات وجيزة من الامتناع عن ممارسة الجنس بشكل متكرر . ورغم توفير العلاجات ، إلا أن الانتكاس حتى بعد الامتناع عن ممارسة الجنس هو أمر شائع .

وعلى الرغم من الانتكاسات التى قد لا تحدث ، وعلى الرغم من بعض معدلات الوفيات على المدى الطويل قد تصل إلى ٢٪ سنويا ، مع حوالي ٢٠ ٪ -٣٠ ٪ من الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، مع الامتناع عن ممارسة الجنس على المدى الطويل . ويستثنى من تلك الأعراض مخاوف أفراد الخدمة العسكرية الذين أصبحوا يعتمدون على الأفيونيات في فيتنام ، وأكثر من ٩٠ ٪ من هذه الفئة من السكان الذين كانوا يعتمدون على المواد الأفيونية أثناء الحرب في فيتنام ،

وحققوا الامتناع عن ممارسة الجنس بعد عودتهم ، لكن زادت لديهم معدلات تعاطى الكحول ، أو مع اضطراب استخدام المنشطات فضلا عن زيادة معدلات الانتحار .

وترتبط زيادة العمر مع انخفاض في معدل الانتشار نتيجة الوفاة المبكرة والعفو والصفح من الأعراض بعد سن ٤٠ عاما (أي أصبحت تستحق الخروج / التعافى / الصفح) ومع ذلك ، فإن العديد من الأفراد لديهم الأعراض التي تلبي معايير اضطراب استخدام المواد الأفيونية لعقود طويلة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risl(and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : خطر اضطراب استخدام المواد الأفيونية يمكن أن تكون ذات صلة بالفردية ، والأسرة ، والأقران ، والعوامل البيئية والاجتماعية ، وضمن كل هذه العوامل تتضح مجالات العوامل الوراثية ، والتى تلعب دوراً هاما بشكل خاص سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة . وعلى سبيل المثال : الاندفاع المؤثر على الأمزجة الفردية التي تتعلق بالميل إلى تطوير اضطراب تعاطي المخدرات / والتى قد تكون وراثيا ، أما العوامل المتعلقه بالأقران فقد تتصل بالاستعداد الوراثي من حيث طرق اختيار الفرد (له/ أو لها) البيئة التى يعيش فيها الفرد بكل مكوناتها الثقافية والاجتماعية .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية
: Culture-Related Diagnostic Issues

على الرغم من الاختلافات الصغيرة بشأن البنود المعيارية الفردية ، لاضطراب استخدام المواد الأفيونية ، فإن معايير تشخيص الأداء الجيد تتساوى عبر معظم المجموعات العرقية ، فالأفراد الممثلين للأقليات العرقية التي تعيش في المناطق المحرومة اقتصاديا والذين يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية يختلفوا / عن الأفراد من الطبقة المتوسطة البيضاء ، وخصوصا الإناث ، مما يشير إلى أن الاختلافات في الاستخدام تعكس القدرة الشرائية / ومدى توافر المواد الأفيونية ، وكما سبق فإن هذا البعد الاجتماعي يؤثر على معدل الانتشار خاصة لدى العاملين في المجال الطبي الذين يتعاملون مع الأفيونيات ، والذين قد يكونوا في خطر متزايد لاضطراب استخدام المواد الأفيونية .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

غالباً ما تكون نتائج اختبار البول الروتيني إيجابية للعقاقير الأفيونية في الأشخاص الذين يعانون اضطراب استخدام المواد الأفيونية . ولا تزال نتائج اختبار البول إيجابية بالنسبة لمعظم المواد الأفيونية (مثل الهيروين والمورفين والكودايين ، كسيكودوني ، بروبوكسيفين) عقب ١٢-٣٦ ساعة بعد تناول الفنتانيل والذى لا يتم الكشف عنه بواسطة اختبارات البول القياسية ، ولكن يمكن تحديده من قبل أكثر الإجراءات المتخصصة لعدة أيام .

أما الميثادون والبوبرينورفين (أو البوبرينورفين / مزيج النالوكسون) ، وألفا أسيتيل الميثادول ، والتى يجب أن يتم اختبارها خصيصا ، حيث لا تسفر نتائج الفحوص عن نتائج إيجابية في الاختبارات الروتينية للمواد الأفيونية ، والتى يمكن الكشف عنها حتى بعد مرور عدة أيام ، والتى قد تمتد إلى أكثر من أسبوع .

ويقوم مختبر الأدلة بفحص مواد مخدرة شائعة أخرى (على سبيل المثال : الكوكايين ، الماريجوانا والكحول والأمفيتامينات ، البنزوديازيبينات) . كما أثبتت نتائج الفحص لالتهاب الكبد A ، وفيروس B وC عن نتائج إيجابية في ما يصل الى ٨٠ ٪ - ٩٠ ٪ من حقن المواد الأفيونية للمستخدمين ، كما يتم كشف الأجسام المضادة لالتهاب الكبد (مما يدل على عدوى سابقة) . إضافة إلى فيروس نقص المناعة البشرية السائد لدى مستخدمي الأفيونية عن طريق الحقن كذلك .

أما النسب المرتفعة لنتائج اختبار وظائف الكبد فهى شائعة كذلك ، كما يتم فحص مدى إصابة الكبد بسبب الملوثات المختلطة مع حقن المواد الأفيونية ، كما لوحظ - عبر نتائج الفحوصات - تغييرات في أنماط إفراز الكورتيزول ،وطرق تنظيم درجة حرارة الجسم لمدة تصل إلى ٦ أشهر بعد إزالة السموم الأفيونية .

مخاطر الانتحار Suicide Risk :

وهى مماثلة لمخاطر جميع الاضطرابات الناجة عن تعاطي المخدرات : واضطراب استخدام المواد الأفيونية والذى يرتبط بارتفاع مخاطر لمحاولات الانتحار (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) . ملحوظة : قد يتم ذلك بتعاطي جرعات زائدة من المواد الأفيونية بصورة عرضية / أو متعمدة .

أما بعض عوامل خطر الانتحار فتتداخل مع عوامل خطر اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، بالإضافة إلى ذلك ، قد يتكرر تسممى الأفيونية أو الانسحاب الذى يترافق مع الخفض الشديد المؤقت ، والذى يمكن أن يكون شديداً بما فيه الكفاية ليؤدي إلى محاولات الانتحار . كما تشير البيانات المتاحة إلى أن جرعة عرضية زائدة من الأفيون قد تكون مميتة (وهو أمر شائع) .

العواقب الوظيفية من اضطراب استخدام المواد الأفيونية :

يرتبط استخدام المواد الأفيونية مع عدم وجود إفرازات فى الأغشية المخاطية ، مما يتسبب في جفاف الفم والأنف ، وتباطؤ النشاط الهضمي وانخفاض في الأمعاء ، والذى يمكن أن ينتج عنه الإمساك الشديد .

وقد يكون ضعف البصر نتيجة لانقباض حدقة العين في الأفراد الذين حقنوا بالمواد الأفيونية ، وتصلب (مسارات) الأوردة ، وتصبح الأوردة أحيانا متصلبه بشدة ، والتى يمكن أن تتطور إلى ذمة محيطية .

وقد يتحول مستخدمى المواد الأفيونية إلى حقن الأوردة (بالمخدرات) في الساقين وفي الرقبة ، أو في الفخذ / وذلك لأن هذه الأوردة قد أصبحت غير صالحة للاستعمال ، كما أن الأفراد في كثير من الأحيان يضخوا الحقن مباشرة في الأنسجة تحت الجلد ، مما يؤدى إلى التهاب النسيج الخلوي ، والخراجات ، والندوب التي تظهر بصورة دائرية من آفات الجلد التى لا تلتئم . كما يظهر لدى هؤلاء المستخدمين للمواد الأفيونية أعراض الكزاز والتهابات البوتولينوم المطثية النادرة نسبياً ولكنها خطيرة للغاية مع عواقب حقن المواد الأفيونية ، لا سيما مع الإبر الملوثة .

وقد تحدث العدوى أيضاً مع غيرها من التهاب الشغاف البكتيري ، والتهاب الكبد ، والإصابة بالفيروس . وعدوى التهاب الكبد C ، على سبيل المثال : قد تحدث فيما يصل إلى ٩٠ ٪ من الأشخاص الذين حقنوا بالمواد الأفيونية .

وبالإضافة إلى ذلك ، فإن معدل انتشار عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) يمكن أن تكون عالية بين الأفراد الذين يتعاطون المخدرات بالحقن ، كما أن نسبة كبيرة منهم يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية . وكانت معدلات

الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية / وفقاً لما تشير إليه تصل إلى ٦٠ ٪ بين مستخدمي الهيروين مع اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، وذلك في بعض المناطق من الولايات المتحدة أو الاتحاد الروسي .

ومع ذلك ، فقد يمكن حدوث ذلك أيضاً وبنسب ١٠ ٪ أو أقل في مناطق أخرى ، وخصوصا تلك التي يصعب فيها يكون فيها الوصول لتعقيم مواد الحقن وأدواتها ومما يسهل مرور العدوى .

كما يعد السل مشكلة خطيرة وخصوصا بين الأفراد الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الوريد ، وخاصة لأولئك الذين يعتمدون على الهيروين ؛ وقد تكون العدوى عادة غير متناظرة ولا تتضح إلا من خلال وجود علامة إيجابية للسل عبر اختبار الجلد ، ومع ذلك ، فإن الكثير من حالات السل النشط تم العثور عليها ، خاصة بين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية ،وهؤلاء الأفراد غالباً ما يكون لديهم عدوى مكتسبة حديثا ، وومن المحتمل أيضاً أن يواجهوا تنشيط عدوى السابقة بسبب ضعف الوظيفة المناعية .

أما الأفراد الذين يشمون الهيروين أو المواد الأفيونية الأخرى في الأنف (الشخير) فغالباً ما يظهروا تهيج الغشاء المخاطي للأنف ، المصحوب أحيانا بثقب في الحاجز الأنفي ، صعوبات في الأداء الجنسي ، وغالباً ما يواجه الذكور مشاكل في الانتصاب أثناء التسمم أو مع الاستخدام المزمن .

اضطرابات العادة الانجابية للإناث :

وظيفة الحيض غير النظامية :

فيما يتعلق بالالتهابات مثل التهاب النسيج الخلوي ، والتهاب الكبد ، والعدوى بفيروس نقص المناعة البشرية ، والسل ، والتهاب الشغاف ، وجميعها ترتبط باضطراب استخدام المواد الأفيونية مع معدل وفيات يصل إلى ١,٥ ٪ -٢ ٪ في السنة . وفي معظم الأحيان فد تسفر النتائج إلى الموت من جرعة زائدة ، أو الحوادث ، وإصابات ، الإيدز ، أو غيرها من مضاعفات الطبية ، أو نتيجة الحوادث والإصابات بسبب العنف الذي يقترن بشراء / أو بيع أو المخدرات الشائعة .

وفي بعض المناطق ، قد يزداد العنف ذات الصلة بالأفيونية (مثل حالة وفاة ناتجة عن جرعة زائدة أو عدوى فيروس نقص المناعة البشرية) . وقد يحدث الاعتماد على المواد الأفيونية الفسيولوجية فيما يقرب من نصف الأطفال الذين يولدون لنساء مع اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى متلازمة الانسحاب الشديد ، بما يؤدى إلى الحاجة للعلاج الطبي .

وعلى الرغم من انخفاض الوزن عند الولادة فقد ينظر أيضاً في أطفال الأمهات الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، وعادة لا يتم وضع علامة عليه (علامة تشخيصية) وعموما لا يرتبط ذلك مع عواقب سلبية خطيرة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية التي يسببها الأفيون : تحدث الاضطرابات الناجمة عن المواد الأفيونية في كثير من الأحيان في الأفراد مع اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، يمكن وصف الاضطرابات التي تسببها أعراض الأفيونية (على سبيل المثال : اضطراب المزاج الاكتئابى) والتي تشبه الاضطرابات النفسية الأولية (على سبيل المثال : اضطراب الاكتئاب المستمر [اكتئاب] مقابل الأفيونية التي يسببها اضطراب الاكتئاب ، مع ميزات الاكتئاب ، أو مع بداية / أو خلال التسممية) .

وهم أقل عرضة لظهور أعراض الاضطراب العقلي الأفيونى/ مع من هم أكثر استخداماً للأدوية الأخرى والناتجة عن سوء التعامل الدوائى (مثل زيادة الجرعة مع حدوث التسامح مع الدواء) .

وقد يحدث التسمم الأفيوني ، والانسحاب الأفيوني بصورة متميزة عن غيرها من الاضطرابات التي تسببها المواد الأفيونية (مثل المواد التي يسببها اضطراب الاكتئاب ، مع بداية/ أو أثناء التسممى) وتتصف الأعراض في هذه الاضطرابات الأخيرة بأنها سائدة وشديدة بما يكفي لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

حالات التسمم الجوهرى من المواد الأخرى : وتشمل تسمم الكحول والمسكنات ، المنومة ، أو مزيلات القلق ، والتى يمكن أن تسبب التسممى بصورة سريرية مشابهة لتسمم المواد الأفيونية . ، كما تم تشخيص الكحول والمسكنات ، وعادة ما تكون منومة ، أو التسممى بمزيل القلق القائم على عدم وجود انقباض الحدقة

أو عدم وجود استجابة لدواء النالوكسون [1] . في بعض الحالات ، قد يكون راجعا إلى كل من المواد الأفيونية والكحول أو المسكنات التسممية الأخرى . في هذه الحالات ، فإن تحدي للنالوكسون قد يعمل عكس كل الآثار المهدئة .

اضطرابات الانسحاب أخرى : القلق ، والأرق المرتبط بالانسحاب الأفيوني والى يشبه الأعراض التي ينظر إليها في الانسحاب من المهدئات والمنومات . ومع ذلك ، فإن الأفيونية قد تترافق مع الانسحاب أيضاً من سيلان الأنف ، دمعان ، وأتساع حدقة العين ، والتي ينظر إليها مع نوع المسكنات withdrav . وينظر أيضاً في اتساع حدقة العين / مع المهلوسات التسممية ، وتسممى المنشطات . ومع ذلك ، فإن علامات أو الأعراض الأفيونية الأخرى تتضح مع : الغثيان ، والتقيؤ ، والإسهال ، وتشنجات في البطن ، وسيلان الأنف .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الشروط الطبية الأكثر شيوعاً المرتبطة باضطراب استخدام المواد الأفيونية هي الأمراض الفيروسية (على سبيل المثال : فيروس نقص المناعة البشرية ، وفيروس التهاب الكبد C) والبكتيرية والالتهابات ، وخاصة بين مستخدمي الأفيونيات عن طريق الحقن .

وهذه الالتهابات هي أقل شيوعاً في استخدام المواد الأفيونية مع معايير اضطراب الأفيونيات بناء على وصفة طبية . وكثيراً ما يرتبط باضطراب استخدام المواد الافيونية ، واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى ، لا سيما تلك التى تشمل التبغ والكحول والحشيش والمنشطات ، والبنزوديازيبينات ، الذى غالباً ما يتم اتخاذه للحد من أعراض الانسحاب الأفيوني ، أو الرغبة في تناول المواد الأفيونية ، أو لتعزيز آثار الأفيونيات التى يديرها .

---

(١) نالوكسون هو دواء يستخدم لمواجهة آثار تعاطى جرعات زائدة من المواد الأفيونية، مثلا الهيروين أو المورفين. النالوكسون على وجه التحديد يستخدم لمكافحة الاكتئاب التي تهدد الحياة من الجهاز العصبي المركزي والجهاز التنفسي. وهى تسوق تحت مختلف الأسماء التجارية بما فيها Narcan ، Nalone، Narcanti وأحيانا بطريق الخطأ .

كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية / يظلوا في خطر لتطوير الاكتئاب الخفيف التي يتلاءم مع أعراض ومدة معتدلة / إلى اضطراب اكتئاب ثابت ، أو في بعض الحالات ، اضطراب اكتئابي مزمن .

وهذه الأعراض قد تشير إلى اضطراب الاكتئاب الناجم عن الأفيونية / أو تفاقم من اضطراب الاكتئاب الرئيس . أما فترات الاكتئاب الشائعة خاصة خلال التسممى المزمن ، أو بالاشتراك مع الضغوطات الجسدية أو النفسية فقد تتصل مع اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، والشائع منها هو الأرق وخصوصا خلال الانسحاب .

كما أن الاضطراب الاجتماعي في الشخصية هو الأكثر شيوعاً في الأشخاص الذين يعانون اضطراب استخدام المواد الأفيونية ،عنه لدى عامة السكان .

ويعتبر اضطراب ما بعد الصدمة الزائد أيضاً ، إضافة إلى تاريخ من اضطرابات السلوك في الطفولة أو المراهقة / كل ذلك تم تحديده باعتباره عامل خطر كبير للاضطرابات التى تتصل باستخدام المواد الأفيونية .

المواد الأفيونية التسممية Opioid Intoxication :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الاستخدام الزائد من المواد الأفيونية .

B . تغييرات إشكالية سريرية هامة سلوكية أو نفسية (على سبيل المثال : النشوة الأولية تليها اللامبالاة ، انزعاج ، والإثارة الحركية أو التخلف ، وضعف التحكم) والتي تتضح أثناء أو بعد فترة وجيزة ، من استخدام المواد الأفيونية .

C . الانقباض الحدقي (أو اتساع حدقة العين بسبب نقص الأكسجين / الناتج عن جرعة زائدة حادة) وواحد (أو أكثر) من العلامات أو الأعراض النامية خلال ، أو بعد فترة وجيزة تالية من استخدام المواد الأفيونية وهى :

١.النعاس أو الغيبوبة .

٢. ثقل اللسان .

٣. ضعف في الانتباه أو الذاكرة .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى وليست وأوضح أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى بمادة أخرى .

تحديد ما إذا : -

مع اضطرابات الإدراك الحسي : هذا محدد وتجدر الإشارة في الحالة النادرة التي تسببها الهلوسة مع اختبار الواقع السليم أو السمعي ، والتى تصاحبها حدوث أوهام بصرية ، أو عن طريق اللمس/ في غياب الهذيان .

ملاحظة عن الترميز : رمز ICD-9-CM هو رمز ICD-10-CM والذى يعتمد على ما إذا كان أو لم يكن هناك اضطراب نتيجة استخدام المواد الأفيونية كحالة مرضية (طبية) أو إذا لم يكن هناك اضطرابات فى الإدراك الحسي .

التسمم الأفيوني دون اضطرابات فى الإدراك الحسي : وذلك إذا كان اضطراب استخدام المواد الأفيونية خفيف ، ولا يتصل بحالة مرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو F11.129 ، وإذا كانت الحالة الاضطراب استخدام الأفيونية المعتدلة أو الشديدة كحالة المرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو F11.229 .

وإذا لم يكن هناك اضطراب استخدام المواد الأفيونية لحالة مرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو F11.929.

التسمم الأفيوني مع الاضطرابات الإدراكية : إذا كان اضطراب استخدام المواد الأفيونية خفيف ولا يتصل بحالة مرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو F11.122 ، وإذا كان اضطراب استخدام المواد الأفيونية معتدل أو شديد ، فهو حالة مرضية ، ويرمز ICD-10-CM هو F11.222. إذا لم يكن هناك اضطراب استخدام الأفيونية مع حالة المرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو F11.922.

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من التسممى الأفيوني هى وجود إشكالية سريرية هامة مع التغييرات السلوكية أو النفسية (على سبيل المثال : الابتهاج الأولي يليها اللامبالاة ، والانزعاج ، والإثارة الحركية ، وضعف الحكم) التي تتطور خلال ، أو بعد فترة وجيزة من استخدام المواد الأفيونية (معايير A,B) . ويرافق التسممى / انقباض الحدقة (إلا إذا كان هناك جرعة زائدة حادة مع ما يترتب عليها نقص الأكسجين واتساع حدقة العين) .

كما أن واحدة أو أكثر من العلامات التالية قد تظهر وهى : النعاس ، وثقل اللسان ، وضعف في الذاكرة أو الانتباه (C)؛ وقد يتطور النعاس إلى غيبوبة ، كما قد يظهر الأفراد مع التسممى الأفيوني الغفلة للبيئة من حولهم ، حتى إلى درجة تجاهل الأحداث التي يمكن أن تكون ضارة لهم .

علامات أو أعراض لا يجب أن تعزى إلى حالة طبية أخرى ، ولا تفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (المعيار D) .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

غيرها من أعراض التسمم الجوهرى : ويتم تشخيص الكحول التسممى مع المهدئات والمنومات ، والتي يمكن أن تسبب صورة سريرية مشابهة لتسممى الأفيونية . وعادة ما يمكن أن يتم التسممى المهدئ والمنوم مع عدم وجود انقباض الحدقة أو عدم

وجود استجابة لتحدى النالوكسون . وفي بعض الحالات ، قد يحدث تسمم نتيجة إلى المواد الأفيونية والكحول أو المسكنات الأخرى . وفي هذه الحالات ، فإن تحدي النالوكسون لن يعكس كل الآثار المهدئة .

الاضطرابات المتعلقة الأفيونية الأخرى : يتميز التسممى الأفيوني مع آخر الاضطرابات التي تسببها الأفيونية (مثل المواد الأفيونية التي يسببها اضطراب الاكتئاب ، مع بداية ، أو أثناء التسممى) لأن أعراض الاضطرابات الأخيرة هي السائدة في السريرية ، وتلي المعايير الكاملة للاضطراب ذات الصلة .

الانسحاب للمواد الأفيونية Opioid Withdrawal :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F11.23) :

A . وجود أي من الأعراض التالية : -

١. وقف (أو خفض) استخدام المواد الأفيونية التي كانت ثقيلة وطويلة الأمد (أي ، عدة أسابيع أو لفترة أطول) .

٢. إدارة لخفض المادة الأفيونية بعد فترة من استخدام المواد الأفيونية .

B . ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية تنمو في غضون دقائق إلى عدة أيام بعد المعيار **A** :

١.منزعج المزاج .

٢. الغثيان أو القيء .

٣. آلام في العضلات .

٤. دمعان أو سيلان الأنف .

٥. اتساع حدقة العين ، انتصاب الشعر ، أو التعرق .

٦. الإسهال .

٧. التثاؤب .

٨. الحمى .

٩. الأرق .

C . علامات أو أعراض في المعيار B يسبب ضائقة مهمة سريرياً أو ضعف عام في المجالات الاجتماعية والمهنية .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أوضح مع اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى أو الانسحاب من مادة أخرى .

ملاحظة عن الترميز : رمز ICD-9-CM هو . رمز ICD-10-CM لانسحاب الأفيونية هو F11.23. لاحظ أن رمز ICD-10-CM يدل على وجود الحالة المرضية من معتدلة أو اضطراب استخدام المواد الأفيونية الشديدة ، مما يعكس حقيقة أن الانسحاب الأفيونية يمكن أن يحدث فقط في وجود اضطراب استخدام المواد الأفيونية المعتدلة أو الشديدة . فلا يجوز لرمز الحالة المرضية لاضطراب استخدام المواد الأفيونية الخفيفة مع الانسحاب الأفيونية .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من الانسحاب الأفيونية : هو وجود الانسحاب المميز مع المتلازمة التي تتطور بعد وقف (أو خفض) استخدام المواد الأفيونية الثقيلة لفترات طويلة (L) . ويمكن أيضاً تعجل متلازمة الانسحاب من قبل خصم الأفيونية (مثل النالوكسون أو النالتريكسون) بعد فترة من استخدام المواد الأفيونية (A2) .

وقد يحدث هذا أيضاً بعد إعطاء جزئية من الأفيونية مثل البوبرينورفين إلى الشخص الذي يستخدم حاليا بأسلوب عالى الأفيونية الكاملة .

ويتميز الانسحاب الأفيوني بوجود أسلوب من العلامات والأعراض/ والتي هي عكس الآثار الحادة . أما أول تجربة ذاتية فتتكون من الشكاوى من القلق ، والأرق ، و" شعور متألم " والذى غالباً ما يقع في الظهر والساقين ، جنبا إلى جنب مع التهيج وزيادة الحساسية للألم .

يجب أن تكون ثلاثة أو أكثر من الإجراءات التالية موجودة ليتم إجراء تشخيص الانسحاب الأفيوني : مثل المزاج المنزعج ؛ والغثيان أو القيء ؛ وآلام العضلات ؛ ودمعان أو سيلان الأنف ؛ واتساع حدقة العين ، وانتصاب الشعر ، وزيادة التعرق؛ الإسهال ؛ والحمى ، وفقاً للمعيار (B) .

أما انتصاب الشعر والحمى فهي ترتبط بالانسحاب الأشد / وغالباً ما ينظر في الممارسة السريرية الروتينية لهؤلاء الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، والذين عادة ما يحصولون على تلك المواد قبل الانسحاب ، وبعد أن تصبح الحالة متقدمة جداً .

كما أن أعراض الانسحاب الأفيوني يجب أن تسبب ضائقة مهمة سريرياً أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهام العمل (C) . كما يجب أن لا تكون الأعراض الطبية تعزى إلى آخر حالة لم يتم شرح حالة، ولا أن تفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (المعيار D) .

تلبية المعايير التشخيصية للانسحاب الأفيوني : لا يكفى تشخيص اضطراب استخدام المواد الأفيونية بمفرده ، ولكن يتم ذلك مع الأعراض المتزامنة من الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) وسلوك طلب المخدرات ، والذى يوحي بالحالة المرضية لاضطراب استخدام المواد الأفيونية . ويرمز ICD-I0-CM ويسمح لتشخيص الانسحاب الأفيونية فقط في حضور الحالة المرضية المعتدلة إلى الحادة من اضطراب استخدام المواد الأفيونية .

أما سرعة وشدة الانسحاب المرتبط بالأفيونيات فتعتمد على نصف عمر استخدام الأفيونية ، ومن الناحية الفسيولوجية فإن معظم الأفراد الذين يعتمدون على المخدرات قصيرة المفعول مثل الهيروين ، تبدأ لديهم أعراض الانسحاب في غضون (٦-١٢ ساعة) بعد آخر جرعة . أما الأعراض قد تستغرق من ٢-٤ أيام للخروج من مفعول حالة الأدوية لفترة أطول مثل الميثادون ، L) LAAM- وألفا أسيتيل ميثادول) ، أو البوبرينورفين . كما أن أعراض انسحاب الأفيونية الحادة فهو كذلك قصير المفعول مثل الهيروين وعادة ما تبدأ الذروة في غضون ١-٣ أيام ، ثم تهدأ تدريجيا بعد فترة من (٥-٧ أيام) .

أما أعراض الانسحاب الحادة فهى يمكن أن تستمر لأسابيع أو شهور ، وتشمل أكثر هذه الأعراض والقلق المزمن ، والانزعاج ، وانعدام التلذذ ، والأرق .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

يواجه الذكور مع الانسحاب من المادة الأفيونية كل من انتصاب الشعر ، والتعرق ، وعفوية القذف حين يكون مستيقظا . ويختلف الانسحاب الأفيوني عن اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، والذى لا يحدث بالضرورة في وجود سلوك التماس مع المخدرات المرتبطة باضطراب استخدام المواد الأفيونية .

وقد يحدث الانسحاب الأفيونية لدى أي فرد بعد الوقف المتكرر لاستخدام الأفيونية ، سواء مع الإعداد للإدارة الطبية من الألم ، أو أثناء العلاج من الأفيونية المرتفعة الناتجة عن اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، في سياق الاستخدام الترفيهي خاصة ، أو بعد محاولات لعلاج أعراض الاضطرابات النفسية - بصورة ذاتية - مع المواد الأفيونية .

معدل الانتشار Prevalence :

مختلف العوامل الصحية بين الأفراد تؤدى لوقوع الانسحاب الأفيونية في ٦٠ ٪ لدى الأفراد الذين استخدموا الهيروين مرة واحدة على الأقل خلال الـ ١٢ شهراً السابقة .

التنمية والدورة Development and Course :

ويمكن أن يحدث الانسحاب الأفيوني في سياق اضطراب استخدام المواد الأفيونية ، ويمكن أن يكون جزءاً من تصاعد الأسلوب الذي يتم به استخدام المواد الأفيونية للحد من أعراض الانسحاب ، مما يؤدي بدوره لمزيد من الانسحاب في وقت لاحق . وقد يترتب على ذلك ظهور اضطراب والانسحاب[1] مع محاولات التخفيف من الانسحاب .

---

(١) يحدث الانسحاب .عندما يتوقف المدمن عن تناول المواد المخدرة التي اعتاد عليها، فإن هناك أعراض يُطلق عليها أعراض الانسحاب تبدأ في الظهور ويعاني منها المدمن معاناة شديدة ربما تدفعه إلى محاولة الانتحار، وأعراض الانسحاب هذه تنقسم إلى نوعين، وهما الأعراض الجسمانية والأعراض النفسية .

التشخيص التفاضلى Differential diagnosis :

اضطرابات الانسحاب الأخرى : وذلك مثل القلق والأرق المرتبط بالانسحاب الأفيوني، والذى يشبه أعراض الانسحاب من المهدئات والمنومات . ومع ذلك ، فإن انسحاب الأفيونية يترافق أيضاً مع : سيلان الأنف ، دمعان العين ، واتساع الحدقة ، والتي تترافق مع انسحاب المسكنات .

غيرها من تسممي الجوهر : وينظر إليها أيضاً في اتساع حدقة العين ، وتسممى المهلوسات ، والمنبهات التسممية . ومع ذلك ، فإن علامات أو أعراض انسحاب الأفيونية الأخرى ، مثل : الغثيان ، والتقيؤ ، والإسهال ، وتشنجات في البطن ، وسيلان الأنف ، ودمعان العين ، قد تكون حاضرة .

الاضطرابات الناجة عن المواد الأفيونية الأخرى : حيث يتميز انسحاب الأفيونية مع آخر الاضطرابات التي تسببها الأفيونية (مثل المواد الأفيونية التي يسببها اضطراب الاكتئاب ، مع ظهوره خلال مرحلة الانسحاب) ولأن الأعراض في هذه الاضطرابات الأخيرة قد تتجاوز عادة ما يرتبط بانسحاب الأفيونية ، مع تلبية المعايير الكاملة للاضطرابات ذات الصلة .

اضطرابات أخرى التي تسببها المواد الأفيونية
: Other Opioid-Induced Disorders

توصف الاضطرابات التي تسببها المواد الأفيونية التالية في فصول أخرى من هذا الدليل (انظر الدواء الذى يسبب الاضطرابات النفسية) : وهى الأفيونية التي يسببها اضطراب الاكتئاب (الاضطرابات الاكتئابية) ؛ والأفيونية التي تسبب اضطراب القلق (اضطرابات القلق)؛ الأفيونية التى تسبب (اضطرابات النوم / الاستيقاظ) ، والأفيونية التى تسبب (الضعف والخلل الجنسي) .

اضطراب المواد الأفيونية المتصلة غير محدد (F11.99) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للفوضى التي تسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي اضطراب متعلقة بالأفيونية المحددة ، ولا يتم تفسيرها بصورة أفضل مع أي من الاضطرابات ذات الصلة في بمادة ولا مع فئة تشخيص اضطرابات الإدمان .

الاضطرابات المتصلة بمزيل القلق (مهدئ ، منوم)

: Anxiolytic-Related Disorders

- اضطراب استخدام المهدئات .
- مهدئ ، منوم ، أو مزيل تسممى القلق .
- مهدئ ، منوم ، أو مزيل الانسحاب القلق .
- المهدئات الأخرى ، اضطرابات منوم ، أو مزيل القلق الناجم عن المهدئات .
- مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق اضطراب المتصل غير المحدد .

اضطراب استخدام المهدئات Disorder use sedatives :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A أسلوب إشكالية استخدام المسكنات ، المنومة ، أو مزيل القلق يمكن أن تـؤدي إلى سريرية هامة ضعف أو محنة ، والتي تحدث خلال فترة الـ ١٢ شهراً ، كما يتجلى من قبل اثنين على الأقل من التالي : -

١. غالباً ما يتم اتخاذ المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلـق بكميـات أكـبر أو لأكثر وأطول فترة .

٢. هناك رغبـة مـستمرة أو جهـود غـير ناجحـة للخفـض ، أو الـسيطرة علـى المسكنات ، المنومة ، أو مزيلات القلق المستخدمة .

٣. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة اللازمة للحصول علـى المـسكنات ، المنومة ، أو مزيلات القلق ، أو التعافي من آثارها .

٤. الرغبة القوية في استخدام المسكنات ، المنومة ، أو مزيلات القلق .

٥. استخدام المسكنات المتكررة ، والمنومـة ، أو مـزيلات القلـق ممـا يـؤدى إلى عدم الوفاء الرئيس بالتزامات دوره في العمل ، المدرسة ، أو المـنزل (علـى سبيل المثال : الغياب المتكرر عن العمـل أو ضـعف فى أداء العمـل/ نتيجـة للمتعلـق بمهـدئ ، مـع اسـتخدام المنومـات ، أو مـزيلات القلـق ؛ مـع التعرض للطرد من المدرسة ؛ أو إهمال الأسرة والأطفال) .

٦. التواصل مع المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلـق / علـى الـرغم مـن وجود المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكـررة والـتى تـسبب

التفاقم من آثار المهدئات (على سبيل المثال : الحجج مع الزوج حول عواقب التسممي ؛ والعراك الجسدي) .

٧. تردى الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة ، وتخفيضها نتيجة لاستخدام المسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق .

٨. استخدامات المسكنات والمنومات المتكررة ، ، أو استخدام مزيلات القلق في الحالات الجسدية الخطرة (مثل قيادة السيارة أو تشغيل الأجهزة / رغم الوقوع تحت تأثير المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق) .

٩. استمرر استخدام المسكنات ، ، والمنومات ، أو مزيلات القلق على الرغم من وجود المعرفة بالمشاكل الجسدية أو النفسية المستمرة أو المتكررة ، والتي من المرجح أن تسبب تفاقم الحالة .

١٠. التسامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . أسلوب لزيادة كميات ملحوظة من المسكنات ، المنومة ، أو مزيل القلق لتحقيق التأثير المطلوب أو التسممي .

ب . هناك تأثير تقلص بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المسكنات ، المنومة ، أو مزيل القلق .

ملاحظة : لا يعتبر هذا المعيار الواجب توافره للأفراد لاتخاذ المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق والذى يجرى تحت الإشراف الطبي .

١١. الانسحاب ، كما يتجلى من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . متلازمة الانسحاب المميزة للمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق (يرجى الرجوع إلى معايير (A,B) من المعايير المحددة للمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات انسحاب القلق) .

ب . المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق (أو مادة ذات الصلة الوثيقة ، مثل الكحول) والتى تؤخذ لتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب .

ملاحظة : لا يعتبر هذا المعيار من الواجب توافره للأفراد الذين يتخذوا المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق تحت إشراف طبي .

تحديد ما إذا : -

تحسن واختفاء في وقت مبكر : وذلك بعد تطبيق المعايير الكاملة لمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق ، والتي قد تلتقى لمدة ٣ أشهر على الأقل ولكن أقل من ١٢ شهراً (مع استثناء أن المعيار A4 ،" أو الحنين (الشغف للعودة إلى المادة المحددة للاضطراب) ، أو رغبة قوية أو الحث على استخدام المسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق " والتي لا يجوز الحد منها) .

تحسن واختفاء مستمر : بعد تطبيق المعايير الكاملة للمهدئات ، أو المنومات ، أو مزيلات القلق ، والتي قد تلتقى في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر (مع الاستثناء الذي A4 ،" الحنين ، أو الرغبة القوية فى الحث على استخدام المسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق " لا يجوز الحد منها) .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : ويستخدم هذا المحدد الإضافي إذا كان الفرد في بيئة مسيطر عليها حيث يتم تقييد الوصول إلى المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق ، كما فى السجون / والمستشفيات .

الرمز بناءً على الشدة الراهنة : ملاحظة لرموز ICD-10-CM : للمهدئات ، والمنومات ، أو تسمم مزيلات القلق ؛ والمنومات الناجمة عن اضطراب عقلي ، أو موجودة أيضاً ، ولكن لا تستخدم الرموز أدناه للمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق . (راجع ملاحظة الترميز للمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق التسممى؛ أو مزيل قلق الانسحاب ؛ أو الاضطراب العقلي الناجم عن مزيل القلق) . وعلى سبيل المثال : إذا كانت هناك حالة مرضية ناجمة عن المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق الناجمة عن اضطراب الاكتئاب والمسكنات ، المنومات ، أو اضطراب استخدام مزيلات القلق ، أو عندما يتم إعطاء المسكنات ، والمنومات ، أو الناجم عن مزيل القلق ، ويرمز اضطراب الاكتئاب فقط مع الطابع 4 لبيان ما اذا كان مهدئ الحالة المرضية ، المنومة ، قد استخدم مع مزيل اضطراب القلق المعتدل ، أو الشديد : F13.14 أو مع مهدئ خفيف ، أو منوم ، باستخدام anxiolytk : مع اضطراب الاكتئاب ، أو الناجم عن مزيل القلق ، المهدئ ، أو المعتدل أو الشديد ، أو مزيل اضطراب القلق مع استخدام مهدئ ، أو منوم FI 3.24

تعيين خطورة الحالة : -

- (F13.10) معتدلة : وجود ٢-٣ من الأعراض .
- (F13.20) متوسطة : وجود ٤ -٥ من الأعراض .
- (F13.20) شديدة : وجود ٦ أو أكثر من الأعراض .

محددي المواصفات Specifiers :

في البيئة المسيطر عليها . ينطبق إذا كان الفرد سواء في العفو والصفح وفي البيئة المسيطر عليها (أي في وقت مبكر في العفو والصفح للرقابة البيئة أو في العفو والصفح المستدام في البيئة المسيطر عليها) . الأمثلة على هذه تتضح عن كثب فى بيئات السجون الخالية من تلك المواد ، والمجتمعات العلاجية ، والمستشفيات .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

المسكنات ، وتشمل المواد المنومة : أو مزيلات القلق مثل البنزوديازيبينات ، والمخدرات على سبيل المثال : الزولبيديم ، الكربامات (على سبيل المثال : جلوتيثيميد والميروبامات) ، والباربيتورات (مثل سيكوباربيتال) ، والمنومات مثل الباربيتورات (مثل جلوتيثيميد ، ميثاكوالون) . وهذه الفئة من المواد تشمل جميع الأدوية والوصفات الطبية المنومة ، وتقريبا كل الأدوية المضادة للقلق من الوصفات الطبية . وتشمل على مضادات القلق Nonbenzodiazepine (على سبيل المثال : بوسبيرون ، gepirone) والتي لم يتم تضمينها في هذه الفئة لأنها يبدو أنها ترتبط بسوء استخدام كبير .

كما أن بعض الأفراد قد يحصلون على هذه المواد بدون وصفة طبية ، مما يمكن أن يطور اضطراب استخدام المسكنات ، المنومة ، أو مزيلات القلق ، في حين أن الأخرين الذين يسيئون استعمال هذه المواد أو استخدامها قد يطوروا شيوع فوضى التسممي ، وعلى وجه الخصوص نتيجة لاستخدام المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق مع بداية سريعة أو قصيرة أو متوسطة للعمل .

الحنين / الشغف للحصول على المادة (A4) ، إما أثناء الاستخدام أو خلال فترة من الامتناع عن ممارسة الجنس ، مثل المسكنات ، المنومة ، أو مع استخدام مزيلات اضطراب القلق . أو إساءة استخدام المواد ، والتى قد تحدث من تلقاء نفسها أو بالاشتراك مع استخدام مواد أخرى . / وعلى سبيل المثال : الأفراد قد يستخدموا

جرعات كبيرة من المهدئات المسكرة أو البنزوديازيبينات لخفض "ينزل" الكوكايين أو الأمفيتامين أو باستخدام جرعات عالية من البنزوديازيبينات بالاشتراك مع الميثادون .

وقد يكون الغياب المتكرر أو سوء أداء العمل ، والغياب المدرسة ، أو الطرد ، وإهمال الأسرة والأطفال (A5) قد تكون ذات صلة بالمهدئات ، والمنومات ، أو مع اضطراب استخدام مزيلات القلق ، كما يجوز استمرار استخدام نفس المواد ، رغم الحجج مع الزوج حول عواقب التسممى ، أو على الرغم من المعارك الجسدية بين الأزواج (A6) . كما تؤدى الأعراض إلى الحد من الاتصال مع العائلة أو الأصدقاء ، وتجنب العمل أو المدرسة ، أو التوقف عن المشاركة في الهوايات ، والألعاب الرياضة (A7)

كما تؤدى المسكنات والمنومات المتكررة ، واستخدام مزيلات القلق إلى ظهور ضعف عام عند قيادة السيارة أو تشغيل الأجهزة (A8) .

وقد يكون هناك دليل على التسامح والانسحاب في غياب تشخيص اضطراب استخدام المسكنات ، المنومة ، أو مزيلات القلق لدى الفرد الذي يحدث لديه توقف مفاجئ من استخدام البنزوديازيبينات التي تم اتخاذها لفترات طويلة من الزمن في الجرعات المقررة والعلاجية . وفي هذه الحالات ، يتم وضع تشخيص إضافي من المسكنات ، والمنومات ، أو يتم استخدام مزيلات اضطراب القلق فقط / إذا تم استيفاء المعايير الأخرى .

كما يمكن وصف الأدوية المنومة ، أو مزيلات القلق للأغراض الطبية المناسبة ، واعتماداً على نظام الجرعة ، ورغم ذلك فإن تلك الأدوية قد تنتج التسامح ثم الانسحاب .

وتوصف هذه الأدوية أو الموصى بها للأغراض الطبية المناسبة ، ومع ذلك ، فإنه من الضروري تحديد إذا كانت المخدرات المقررة / تصرف بشكل مناسب للحالة أم لا (على سبيل المثال : يمكن تزوير الأعراض الطبية للحصول على الدواء ، واستخدام أكثر من وصفه دوائية ، والحصول على الدواء من عدة أطباء دون اطلاعهم على تورط المستفيدين منه) . نظرا لأن طبيعة المواد ذات ُبعد واحد من أعراض المهدئات ، أو استخدام مزيلات اضطراب القلق ، والذى يستند على شدة الحالة ، وعلى عدد من المعايير المعتمدة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

كثيراً ما ترتبط المهدئات، والمنومات . وذلك بمزيلات القلق ، واضطراب استخدام مع الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مادة أخرى (على سبيل المثال : الكحول ، والحشيش ، الأفيونية ، واضطرابات استخدام المنشطات) . وغالباً ما تستخدم المهدئات للتخفيف من حدة الآثار غير المرغوب فيها مع هذه المواد الأخرى .

ومع الاستخدام المتكررة للمادة ، يظهر التسامح وتطور من آثار المسكنات ، ويتم استخدام جرعة أعلى بصفة تدريجية .

ومع ذلك ، فقد يظهر التسامح آثار اكتئاب جذع الدماغ ، ثم يتطور ببطء ، كما قد يأخذ الفرد يأخذ مادة أكثر لتحقيق النشوة أو تحقيق الآثار المرجوة الأخرى ، وقد يكون هناك ظهور مفاجئ للاكتئاب في الجهاز التنفسي وانخفاض ضغط الدم ، مما قد يؤدي إلى الوفاة .

كما أن التعاطى المكثف أو المتكرر قد يترافق مع المهدئات ، والمنومات ، أو مع تسممى مزيل القلق ، مع الاكتئاب الشديد والذي يمكن أن يؤدي إلى محاولة الانتحار ، أو إلى إيذاء النفس بصورة فعلية .

معدل الانتشار Prevalence :

تقدر معدلات الانتشار بمدة ١٢ شهراً وفقاً للدليل الرابع DSM-IV مع المهدئات ، والمنومات ، أو مع استخدام مزيل اضطراب القلق لتكون عند ٠,٣ ٪ بين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٧ عاما وبنسبة ٠,٢ ٪ بين البالغين في سن ١٨ عاما وكبار السن .

أما معدلات الدليل الرابع DSM-IV مع المهدئات ، والمنومات ، أو اضطراب استخدام مزيل القلق الأكثر قليلا بين الذكور البالغين بنسبة (٠,٣ ٪) وبين الإناث البالغات ، الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٧ عاما ، فإن معدل الإناث (٠,٤ ٪) أما الذكور فيصل إلى (٠,٢ ٪) . مع معدل انتشار لمدة ١٢ شهراً من DSM–IV وتستخدم المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق ، بوصفها وظيفة ترتبط بالعمر / أما أكبر الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٢٩ عاما (٠,٥ ٪) وأدنى نسبة بين الأفراد فى عمر ٦٥ سنة فأكثر بنسبة (٠,٠٤ ٪) .

معدل الانتشار : اثني عشر شهراً من المسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق / والتي تستخدم بصورة متفاوتة بين المجموعات الفرعية العرقية من سكان الولايات المتحدة . لمدة ١٢ شهر للذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ -١٧ عاما ، الأسعار ، وأكثر استخدام يتم بين البيض (٠,٣ ٪) بالنسبة إلى الأميركيين الأفارقة (٠,٢٪) واللاتينيين (٠,٢ ٪) ، الهنود الحمر (٠,١ ٪) ، والأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ (٠,١ ٪) . بين البالغين وبمعدل انتشار ١٢ شهراً والأكثر استخداماً بين الأمريكيين الأصليين وسكان آلاسكا الأصليين (٠,٨ ٪) ، مع معدلات حوالي ٠,٢٪ بين الأميركيين الأفارقة والبيض ، واللاتينيين و٠,١ ٪ بين الأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ .

دورة التنمية Development and Course :

الدورة المعتادة من المسكنات ، المنومة : أو مزيلات اضطراب القلق ينطوي على استخدام الأفراد في سن المراهقة أو سن العشرين ، الذين يتصاعد لديهم استخدام - في بعض الأحيان - المسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق والتي تلبي معايير التشخيص Diagnostic Criteria . قد يكون هذا الأسلوب المرجح بصفة خاصة بين الأفراد الذين لديهم اضطرابات من تعاطي مواد أخرى (على سبيل المثال : الكحول ، المواد الأفيونية ، والمنشطات) . أما أسلوب الاستخدام الأول (على سبيل المثال : في حفلات) ويمكن أن يؤدي إلى الاستخدام اليومي مع مستويات عالية من التسامح ، وبمجرد حدوث ذلك ، تزداد مستويات الصعوبات الشخصية ، فضلا عن النوبات الشديدة على نحو متزايد من الخلل المعرفي والانسحاب الفسيولوجي المتوقع .

تبدأ الدورة السريرية الثانية بصورة أقل كثيراً مع الفرد الذي حصل أصلا على الدواء بوصفة طبية من طبيب ، وعادة ما يكون لعلاج القلق ، والأرق ، أو نتيجة لشكاوى جسدية . إما التسامح أو الحاجة جرعة الأعلى من الدواء فقد يتطور ، بزيادة تدريجية في الجرعة وتكرار الإدارة الذاتية له . ومن المرجح أن يستمر الفرد لتبرير استخدامه على أساس أنه (له / لها) أعراض حقيقية من القلق أو الأرق ، ولكن سلوك التماس المخدرات يصبح لديه أكثر وضوحا ، ويجوز للفرد التماس الأطباء متعددين للحصول على ما يكفي من إمدادات الدواء . والتسامح يمكن الوصول به إلى مستويات

عالية من الجرعات ، والانسحاب (بما في ذلك ما قد يحدثه من نوبات الهذيان والانسحاب) .

وكما هو الحال مع العديد من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات ، والمسكنات ، المنومة ، أو استخدام مزيلات اضطراب القلق ، والذى عادة ما تكون بدايته في مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر .

وهناك خطر متزايد لإساءة الاستخدام والمشاكل مع العديد من المؤثرات العقلية للأفراد فى مقتبل العمر . على وجه الخصوص ، الجوانب المعرفية ، مع زيادات الضعف كأثر جانبي مع التقدم في السن ، أما التمثيل الغذائي مع المهدئات ، المنومات ، ومزيلات اضطراب القلق فيقل مع تقدم العمر بين الأفراد الأكبر سنا .

وكلا التأثيرات السمية الحادة والمزمنة مع هذه المواد ، وخاصة المؤثرة على الإدراك ، والذاكرة ، والتنسيق الحركي ، فمن المرجح أن تزداد مع تقدم العمر نتيجة لحركة التغييرات الدوائية agerelated . وخاصة لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب عصبي رئيس (الخرف) والذين هم أكثر عرضة لتطوير التسممى وسير الفسيولوجية .

ويحقق التسمم المتعمد " نتيجة عالية " وهو الأكثر احتمالا للملاحظة لدى المراهقين والأفراد في سن العشرين ، مع المشاكل المرتبطة بالمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق ، وينظر أيضاً في الأفراد في سن الأربعين ، وكبار السن الذين يصعدوا من جرعة من الأدوية الموصوفة لهم ، والذى يمكن أن يحدث تسمم يشبه الخرف التدريجي .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : وتشمل الاندفاع والسعي الجدى ، والذى يؤثر على الأمزجة الفردية التي تتعلق بالميل إلى تطوير اضطراب تعاطي المخدرات والذى قد يكون وراثيا .

المخاطر البيئية : وتشمل عوامل الخطر من المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق / وكلها مستحضرات صيدلانية ، وتتصل جميعاً بعامل خطر حول توافر تلك المواد .

وفي الولايات المتحدة ، تشير الأنماط التاريخية المرضية من المسكنات ، والمنومات ، أو إساءة استخدام مزيلات القلق التى تتعلق بأنماط الوصفات الواسعة .

على سبيل المثال : الانخفاض الملحوظ في وصفة طبية من الباربيتورات مع زيادة في وصفات البنزوديازيبين .

كما تتصل عوامل الأقران كذلك بالاستعداد الوراثي من حيث كيفية اختيار الأفراد لبيئتهم . أما مع غيرهم من الأفراد المعرضين للمخاطر المتزايدة ، فيمكن أن تشمل اضطراب تعاطي الكحول الذي قد يتلقى مع الوصفات المتكررة في الاستجابة لشكاوى من القلق المرتبط بالكحول أو الأرق .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : تُسهم اضطرابات تعاطي المواد الأخرى مثل المخدرات بأنواعها ، من خطر استخدام المسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق ، ويمكن استخدام المواد (المخدرات) ذات الصلة بالفرد والأسرة والأقران ، والظروف الاجتماعية ، وعوامل المخاطر البيئية ضمن هذه المجالات ، وتلعب العوامل الوراثية أهمية خاصة سواء بصورة مباشرة أو غير مباشرة .

وعموما ، عبر التنمية ، يبدو أن العوامل الوراثية تلعب دوراً أكبر في ظهور المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق والمستخدمة للأفراد خلال مراحل العمر من سن البلوغ ، إلى كبار السن بدرجات متفاوته .

المعدلات : يرتبط الوقت المبكر من العمر مع بداية الاستخدام مع احتمال أكبر لتطوير المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة :

هناك اختلافات ملحوظة في أنماط وصفة طبية (متوفرة / من عدمه) من هذه الفئات من المواد في بلدان مختلفة ، مما قد يؤدي إلى اختلافات في معدل انتشار المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين :

قد تكون الإناث أكثر عرضة من الذكور لإساءة استعمال المخدرات أو صفة طبية من المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

يمكن التعرف على جميع المواد من المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق ، تقريبا من خلال المختبر ويمكن عمل التقييمات من البول أو الدم (وهذه

الأخيرة التي يمكن بها قياس كميات تأثيرها في الجسم) . ومن المرجح أن تظل إيجابية لمدة تصل إلى ما يقرب من (مرة واحدة في الاسبوع) كما تتم اختبارات البول بعد استخدام المواد طويلة المفعول ، مثل الديازيبام أو فلورازيبام .

الآثار الوظيفية لمهدئ ، منوم ، أو استخدام مزيل اضطراب القلق :

العواقب الاجتماعية والشخصية من المسكنات ، المنومة ، أو مزيلات اضطراب القلق تستخدم - أحياناً لدى المدمنين - لتحاكي تأثير الكحول من حيث القدرة على إظهار السلوك الفاضح، والأمور والشخصية ، والتدخل في العمل أو المدرسة . ومن المرجح أن تكشف الآثار الوظيفية للمهدئات عن أدلة على وجود الفحص البدني المعتدل ، مع انخفاض في معظم جوانب عمل الجهاز العصبي اللاإرادي ، بما في ذلك من بطء النبض ، وانخفاض بشكل طفيف فى معدل التنفس ، وانخفاض طفيف في ضغط الدم ، والأكثر احتمالا أن يحدث مع تلك التغيرات عند تناول جرعات عالية ، حيث يمكن للمواد المهدئة ، والمنومة ، أو مزيلات القلق أن تكون قاتلة ، وخاصة عند مزجه مع الكحول ، وعلى الرغم من أن الجرعة القاتلة تختلف اختلافا كبيراً بين المواد المحددة ، إلا أنها قد تترافق مع تعاطي جرعات زائدة / مع تدهور في المؤشرات الحيوية بما يمكن أن يشير إلى حالة طبية طارئة وشيكة (على سبيل المثال : توقف التنفس الناتج من الباربيتورات) .

قد تكون هناك عواقب الصدمة (على سبيل المثال : نزيف داخلي أو ورم دموي تحت الجافية) أو من الحوادث التي تحدث وهو في حالة سكر . كما أن استخدام الحقن فى الوريد بهذه المواد يمكن أن ينتج مضاعفات طبية تتعلق باستخدام الإبر الملوثة (مثل التهاب الكبد وفيروس نقص المناعة البشرية) .

التسمم الحاد : يمكن أن يؤدي إلى إصابات عرضية وحوادث السيارات . أما لدى الأفراد من كبار السن ، وحتى مع الاستخدام على المدى القصير من هذه الأدوية المسكنة بجرعات محددة ، والتي يمكن أن ترتبط مع زيادة خطر مشاكل في الإدراك والسقوط .

كما أن آثار هذه العوامل من الكحول ، فيحتمل أن تسهم في السلوك العدواني بشكل مفرط ، مع المشاكل الشخصية والقانونية اللاحقة . وقد يؤدى تعاطي جرعات

زائدة عرضية / أو متعمدة ، مماثلة لتلك التي لاحظت مع اضطراب تعاطي الكحول أو التسممي المتكرر للكحول ، والذى يمكن أن يحدث .

وعلى النقيض من هامش نطاق واسع للسلامة عند استخدامه وحده مثل البنزوديازيبينات ، والتي تتخذ في تركيبة مع الكحول ، فيمكن أن تكون خطرة بشكل خاص ، وقد تم الإبلاغ عن جرعات زائدة عرضية ، كما تم الإبلاغ عن جرعات زائدة في الأفراد الذين يسيئون عمدا استخدام الباربيتورات والمهدئات الأخرى (على سبيل المثال : ميثاكوالون) ، ولكن هذه العوامل كثيراً ما تكون أقل توافرا من البنزوديازيبينات .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الأخرى أو الظروف الطبية : الأفراد مع مهدئ ، منوم ، أو اضطرابات الناجمة عن مزيل القلق قد يعانون من أعراض (على سبيل المثال : القلق) التي تشبه الاضطرابات النفسية الأولية (على سبيل المثال : اضطراب القلق العام مقابل المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق ، مع ظهوره خلال الانسحاب من مزيل القلق) . فيتسم بخطاب مدغم ، وعدم التناسق ، وغيرها من السمات Features المميزة المرتبطة بالمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق التسممي ، يمكن أن يكون نتيجة لحالة طبية أخرى (على سبيل المثال : التصلب المتعدد) أو من صدمات الرأس (على سبيل المثال : ورم دموي تحت الجافية) .

اضطراب تعاطي الكحول : يجب التفريق بين المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق / مع استخدام من الكحول المقير للفوضى . أو من الاستخدام المناسب سريرياً من الأدوية المهدئة ، المنومة ، أو مزيلات القلق . وقد يستمر الأفراد قد تستمر في اتخاذ دواء البنزوديازيبين وفقا لرأى الطبيب أو لإشارة طبية مشروعة على مدى فترات طويلة من الزمن . حتى لو ظهرت علامات فسيولوجية تجلى التسامح أو الانسحاب ، إلا أن الكثير من هؤلاء الأفراد لا تتطور لديهم الأعراض التي تلبي معايير المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق ، لأنه لا ينشغل إلا بالحصول على المواد المخدرة واستخدامها بما لا يتعارض مع أداء أدوارهم الاجتماعية أو المهنية المعتادة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يرتبط الاستخدام غير الطبي من وكلاء المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق ، مع تعاطي اضطراب الكحول ، واضطراب تعاطي التبغ بصفة عامة ، وغيره من المخدرات غير المشروعة . وقد يكون هناك أيضاً تداخل بين المسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق / وبين اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ؛ والاكتئاب ، والهوس الاكتئابي ، واضطرابات القلق ، واضطرابات تعاطي مواد أخرى ، مثل الكحول ، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات غير المشروعة ، والسلوك المعادي للمجتمع واضطراب الشخصية المرتبط خصوصا بالمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق ، كما يتم الحصول علي تلك المواد بطريقة غير مشروعة .

مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق التسممي :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الاستخدام الزائد من المسكنات ، المنومات ، أو مزيلات القلق .

B . تغييرات هامة سريرية سلوكية أو نفسية 'مهيئة (على سبيل المثال : غير مناسب بالسلوك الجنسي أو العدوانية ، التوتر والمزاج ، وضعف الحكم) والتي رصدت أثناء أو بعد فترة وجيزة ، من تناول المهدئات ، واستخدام المنومات ، أو مزيلات القلق .

C. (أو أكثر) من العلامات التالية أو الأعراض النامية سواء خلال ، أو بعد فترة وجيزة من تناول المهدئات ، والمنومات ، أو استخدام مزيلات القلق : -

١. ثقل اللسان .

٢. التناسق .

٣. مشية غير مستقرة .

٤. رأرأة .

٥. ضعف في الإدراك (مثل الانتباه والذاكرة) .

٦. ذهول أو غيبوبة .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أوضح أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى بمادة أخرى .

ملاحظة عن الترميز : ترميز ICD-9-CM ويرمز ICD-10-CM يعتمد على ما إذا كانت هناك مسكنات لحالة مرضية ، أو مهدئات ، أو منومات ، أو مزيلات اضطراب القلق لحالة مرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو F13.129 ، وإذا كانت المسكنات شديدة أو معتدله ، أو منومات ، أو من مزيلات اضطراب القلق التى تستخدم لحالة غير المرضية ، وICD-10-CM الكود هو FI 3.229. إذا لم تكن هناك المسكنات لحالة لمرضية ، للمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق فترمز ICD-10-CM هو FI 3.929

ملاحظة : للحصول على معلومات حول تنمية الدورة Development and Course؛ للمخاطر المنذرة Risk and Prognostic Factors؛ والعوامل الثقافية ، والقضايا ذات الصلة بالتشخيص ؛ مثل العواقب الوظيفية للمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق ،أو مزيل القلق التسممى ، والاعتلال المشترك .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من المسكنات والمنومات : أو مزيلات القلق التسممى ، مع وجود تغييرات سريرية سلوكية أو نفسية كبيرة مهيئة (على سبيل المثال : السلوك العدواني ، التوتر والمزاج ، وضعف التحكم ، وضعف المهام الاجتماعية أو المهنية) والتي تنمو أثناء أو بعد فترة وجيزة ، مع استخدام المسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطرابات القلق (معايير A,B) .

وكما هو الحال مع اكتئاب الدماغ ، وتناول الكحوليات ، والتى قد تكون مصحوبة بهذه السلوكيات بواسطة الكلام المدغم ، وضعف التناسق (والتي يمكن أن تتداخل مع قدرات القيادة ومع أداء الأنشطة المعتادة بدرجة قد تسبب السقوط ، أو حوادث السيارات) ، والمشية غير المستقرة ، رأرأة ، وضعف في الإدراك (على سبيل المثال : الانتباه ، أو مشاكل في الذاكرة) ، وذهول أو غيبوبة (C) .

أما ضعف الذاكرة فهو سمة بارزة من المسكنات ، والمنومات ، والتى غالباً ما تميز التسممى، ومزيلات القلق وفقدان الذاكرة بما يشبه "انقطاع التيار الكهربائي الكحولي" والتي يمكن أن تزعج الفرد . وتلك الأعراض يجب ألا تعزى إلى حالة طبية أخرى ، ولا يمكن تفسيرها بصورة أفضل من خلال آخر اضطراب عقلي (D) .وقد يحدث

التسممى في الأفراد الذين يتلقون هذه المواد عن طريق وصفة طبية ، أو أخذ الدواء من الأصدقاء أو الأقارب ، أو أخذ المادة المسهمة فى التسمم بصورة عمدية مقصودة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

وتشمل المميزات المرتبطة : باتخاذ المزيد من الأدوية من وصفة طبية ، أو مع عدة أدوية مختلفة أو مختلطة بالمسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق / مع الكحول ، والتي يمكن أن تزيد بشكل ملحوظ من آثار تفاعل هذه العوامل .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار للمسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات تسمم القلق / غير واضح لدى عموم السكان . ومع ذلك ، فمن المحتمل أن معظم المستخدمين يتعاملون معها بصورة بغير ضرورة طبية إلا إذا كانت لديهم علامات أو أعراض تلبي ذلك ، وإذا كان الأمر كذلك ، ثم معدل انتشار المسكنات بغير ضرورة غير طبية ، في عموم السكان قد تكون مشابهة لمعدل الانتشار . على سبيل المثال : 'تستخدم المهدئات بنسبة ٢,٢ ٪ من الأميركيين الأكبر سنا من ١٢ عاما .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكحول : الحالة السريرية قد تكون متطابقة ، مع المهدئات المميزة ، ويتطلب الدليل ذلك تناول المسكنات ، والأدوية المنومة ، أو مزيلات القلق التي تتفق مع تقرير المختص ، أو اختبار السمية .

ويسيئ العديد من الأفراد استعمال المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق ، وقد يسيئوا أيضاً استخدام الكحول وغيرها من المواد المتعددة ، التى 'تشخص بالتسممى .'[1]

(١) التسممى : يشير إلى الجرعة المفرطة من العقاقير هو ابتلاع أو استخدام العقاقير أو المواد الأخرى بكميات تفوق الكمية الموصى بها[1] أو المتبعة.[2] الجرعة المفرطة قد تؤدي إلى التسمم أو الموت.

الكحول التسممي : يمكن التمييز بين الكحول التسممي من المسكنات ، المنومة ، أو التسممي مزيل القلق من رائحة الكحول على التنفس (الفم) . وخلافاً لـذلك ، فـإن السمات قد تكون الاضطرابات متماثلة .

الاضطرابات المنومة ، أو المهدئة ، وغيرها : مزيل القلق / تتميز بالتسممي مـن آخـر مهـدئ ، منـوم ، أو مزيـل القلـق النـاجم الاضـطرابات (مثـل المـسكنات ، والمنومات ، والتي يتم البدء بها خـلال الانـسحاب) ولأن الأعـراض في الاضـطرابات الأخيرة تسود بشدة بما يكفي لتبرير الاهتمام السريرية .

الاضـطرابات العـصبية : في حـالات الإعاقـة الإدراكيـة ، وإصـابات الـدماغ ، والهذيان لأسباب أخرى ، من المهدئات ، المنومـات ، والـتي قـد تكـون مُـسكرة حـتى بجرعات منخفضة جداً . ويستند التشخيص التفريقي في هـذه الإعـدادات المعقـدة علـى المتلازمة السائدة للفرد . أما التشخيصات الإضافية لتلك المسكنات ، والمنومات ، فقـد يكون التشخيص (بالتسممى) لمناسباً حتى لو تم تنـاول المـادة في جرعـة منخفـضة / مـع تحديد هذه الشروط الأخرى التي تحدث بصورة مشاركة (أو ما شابه ذلك) .

الانسحاب من المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . وقف (أو خفض) المهدئات liypnotic أو استخدام مزيلات القلق الذي تم لفتـرات طويلة .

B . اثنين (أو أكثر) من التالي ، والذى يجرى في غضون عدة ساعات إلى بضعة أيام بعد توقف (أو تخفيض) المهدئات ، واستخدام المنومات ، أو مزيلات القلق كما هـو موضح في المعيار A : -

١.فرط النشاط اللاإرادي (على سبيل المثال : التعرق أو معدل النـبض أكـبر مـن ١٠٠ نبضة في الدقيقة) .

٢. رعاش اليد .

٣. الأرق .

٤. الغثيان أو القيء .

٥. الهلوسة السمعية أو الأوهام العابرة البصرية ، والحسية .

٦. الانفعالات النفسية .

٧. القلق .

٨. بالصرع .

C . العلامات أو الأعراض في المعيار B يسبب ضائقة مهمة سريرياً أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من الأداء الهام .

D . العلامات أو الأعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أوضح من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى أو الانسحاب من مادة أخرى .

تحديد ما إذا : -

مع اضطرابات إدراكية : يمكن ملاحظتها عند تحديد الهلوسة مع (تطبيق اختبار الواقع) والذى يحدد الأوهام السمعية ، والبصرية ، أو عن طريق اللمس / في غياب الهذيان .

ملاحظة عن الترميز : رمز ICD-9-CM ورمز ICD-10-CM للمهدئات ، والمنومات ، أو الانسحاب من مزيل القلق، والذى يعتمد على ما إذا كانت/أو لم تكن هناك حالة مرضية معتدلة أو شديدة ،بما يسعى لاتخاذ مهدئات ، منومات ، أو استخدام مزيلات اضطراب القلق ، كما يحدد إذا لم تكن هناك اضطرابات إدراكية فيرمز ICD-10-CM هو F13.239.

أما فى حالة وجود الاضطرابات إدراكية، مع اتخاذ المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق ، أو الانسحاب فترمز ICD-10-CM هو F13.232. ويلاحظ أن رموز دليل الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية / الإصدار العاشر ICD-10-CM 'تشير إلى وجود حالة مرضية من المسكنات المعتدلة أو الشديدة ، المنومة ، أو مع مزيلات اضطراب القلق ، مما يعكس حقيقة أن المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق (يحدث مع كل ماسبق الانسحاب فقط في وجود مسكنات معتدلة أو شديدة فقط) ولا يجوز ترميز المهدئات الخفيفة بالحالة المرضية .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من المسكنات ، المنومة : أو مزيل القلق الانسحاب هى وجود صفة متلازمة تتطور بعد انخفاض ملحوظ في التوقف عن تناول المسكنات بعد عدة أسابيع أو أكثر من الاستخدام المنتظم (معايير A,B) . وتتميز متلازمة الانسحاب عن طريق اثنين أو أكثر من الأعراض (المشابهة لانسحاب الكحول) التي تشمل فرط النشاط اللاإرادي (على سبيل المثال : زيادة في معدل ضربات القلب ومعدل التنفس وضغط الدم ، أو درجة حرارة الجسم ، جنبا إلى جنب مع التعرق) ، ورعاش في اليدين؛ الأرق ، الغثيان ، التقيؤ مصحوباً احيانا؛ بالقلق ، والانفعالات النفسية .

وقد يحدث سوء الاستيلاء الكبير في العديد ربما من ٢٠ ٪ -٣٠ ٪ من الأفراد الين يخضعون للانسحاب غير المعالج من هذه المواد . أما مع الانسحاب البصرية ، واللمسى ، أو أوهام الهلوسة السمعية / فيمكن أن يحدث ولكن عادة ما يكون في سياق الهذيان .

وإذا تم اختبار واقع الفرد السليم (يمكن التعرف عن مادة التى تسبب الهلوسة) وتحدث الأوهام في محس واضح ، ومحدد ويمكن الإشارة إليها عبر" الاضطرابات الإدراكية VITH" ، وعندما تحدث الهلوسة في غياب اختبار الواقع سليمة (أحد الاختبارت الدولية المعتمدة فى تشخيص الهلاوس بأنواعها) ، ويتم بها تشخيص المادة التى يسببها الدواء ، فى حدوث الاضطراب الذهاني ، والتى يجب أخذها بعين الاعتبار .

أما الأعراض التى تسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من عمل المعيار (C) . تلك الأعراض يجب أن لا تُعزى إلى حالة طبية أخرى ولا يتم تفسيرها بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (على سبيل المثال : انسحاب الكحول أو اضطراب القلق العام) (D) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

يختلف توقيت وشدة متلازمة الانسحاب تبعاً لمحددات الجوهر والدوائية : على سبيل المثال : الانسحاب من المواد الأقصر مفعولا ، والتي يتم استيعابها بسرعة والتي ليس لها أيض نشط (على سبيل المثال : تريازولام) والذى يمكن أن يبدأ في غضون

ساعات بعد توقف هذه المادة ؛ أما الانسحاب من المواد ذات نواتج التمثيل منذ فترة طويلة (على سبيل المثال : الديازيبام) فقد لا تبدأ إلا بع مدة ١-٢ أيام أو لفترة أطول .

و يمكن وصف متلازمة الانسحاب [١] التي تنتجها المواد في هذه الفئة / مثل وضع الهذيان الذى يمكن أن يكون مهدداً للحياة . وقد تكون هناك أدلة التسامح Tolerance (حين تُصبح الجرعة غير كافية لإحداث الأثر المطلوب) والانسحاب في حالة عدم وجود تشخيص من اضطراب تعاطي المخدرات ، في الفرد الذي لديه تعامل دوائى مع البنزوديازيبينات/ ثم توقف فجأة لفترات طويلة من الزمن وفقاً لجرعات محددة علاجياً .

ومع ذلك ، فإن رموز ICD -IO -CM يتيح تشخيص انسحاب المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق في فقط / فى جود حالة مرضية معتدلة إلى شديدة (مع الانسحاب من المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق) .

ومن المتوقع أن تستغرق متلازمة الانسحاب عموما حوالى نصف عمر المادة (نصف عمر تأثير جرعة المادة الفعالة) . وتستمر الأدوية عادة حوالي١٠ ساعات أو أقل (على سبيل المثال : لورازيبام ، أوكسازيبام ، تيمازيبام) تنتج أعراض الانسحاب في غضون ٦-٨ ساعات / ثم تتناقص مستوياتها فى الدم إلى الذروة في اليوم الثاني ، ثم يحدث تحسن بشكل ملحوظ في اليوم الرابع أو الخامس . بالنسبة للمواد التي تعد نصف عمر المادة (على سبيل المثال : الديازيبام) ، فأعراض الانسحاب قد لا تتطور لأكثر من أسبوع واحد ، في ذروة كثافة خلال الأسبوع الثاني ، وانخفاض بشكل ملحوظ خلال الأسبوع الثالث أو الرابع . قد يكون هناك مدى إضافي طويل من الأعراض عند مستوى أقل بكثير من الكثافة التى تستمر لعدة أشهر .

وبعد اتخاذ جوهر العقار / الدواء لأقصى ارتفاع من الجرعات المستخدمة ، فالأرجح هو أنه لن يكون هناك انسحاب شديد . ومع ذلك ، فقد تم الإبلاغ عن الانسحاب مع أقل قدر يصل إلى (١٥ ملجم من الديازيبام) أو ما يعادلها مع غيرها من البنزوديازيبينات) وذلك عندما تؤخذ يوميا لعدة أشهر .

---

(١) متلازمة الانسحاب تصف مجموعة من الأعراض والعاهات المستمرة التى تصيب الفرد، والتي تحدث بعد الانسحاب من الكحول ، والمواد الأفيونية ، البنزوديازيبينات ، مضادات الاكتئاب وغيرها من المواد .

أما الجرعة من حوالي (٤٠ ملجم من الديازيبام / أو ما يعادلها) والتي تؤخذ بصفة يومية فهي أكثر عُرضة لتنتج أعراض الانسحاب ذات الصلة سريرياً لجرعات أعلى (على سبيل المثال : ١٠٠ ملجم من الديازيبام) والذى من المرجح أن يعقب ذلك حالة من الانسحاب أو الهذيان .

معدل انتشار Prevalence : معدل انتشار الانسحاب من المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق ، غير واضح .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطرابات طبية أخرى : أعراض المهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق، والانسحاب قد تحاكي ظروف طبية أخرى (على سبيل المثال : نقص السكر في الدم ، الحماض الكيتوني السكري) . وإذا كانت المضبوطات هي سمة من المسكنات ، المنومة ، أو مزيلات القلق والانسحاب ، فيجب أن يشمل التشخيص التفريقي أسباباً مختلفة من المضبوطات (على سبيل المثال : التهابات ، إصابة في الرأس ، والتسممى) .

الهزة الأساس : وهو اضطراب يعمل في كثير من الأحيان في الأسر (وراثياً) ، التي يتضح لديها ظهور الارتعاش المرتبط بالانسحاب من المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق .

انسحاب الكحول : وينتج عنه متلازمة مشابهة جداً لتلك الحالة مع الانسحاب من المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق ، والتي تسود أعراضها بشدة بما يكفي لتبرير الاهتمام السريرية .

اضطرابات القلق : تكرار أو تفاقم اضطرابات القلق الكامنة تنتج متلازمة الانسحاب المماثلة للمهدئات ، والمنومات ، أو مزيلات اضطراب القلق . ويتم الانسحاب مع تخفيض مفاجئ في الجرعة تلك المسكنات ، ويمكن تمييز متلازمة الانسحاب باضطرابات القلق الكامنة ، التي يمكن أن تكون صعبة . كما هو الحال مع اتسحاب الكحول العالق ، وانسحاب الأعراض (على سبيل المثال : القلق ، ، ومشاكل في النوم) .

المهدئات وغيرها ، من المنومات : والتى يتم اتخاذها للتعامل مع اضطرابات النوم ، واضطرابات القلق وغيرها ، من الاضطرابات التي تشترك فى مظاهرها (انظر المادة الاضطرابات النفسية التي يسببها الدواء في فصول أخرى من هذا الدليل) : مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق الناجم / عن اضطراب ذهاني (الفصام وغيره من اضطرابات الطيف ذهاني)؛ مهدئ ، منوم ، أو من صنع مزيل القلق / عن اضطراب ثنائي القطب (القطبين وما يتصل به من اضطرابات)؛ مهدئ ، منوم ، أو من صنع مزيل القلق / عن اضطراب الاكتئاب (اضطرابات الاكتئاب)؛ مهدئ ، منوم ، أو من صنع مزيل القلق/ عن اضطراب القلق (اضطرابات القلق)؛ مهدئ ، منوم ، أو من صنع مزيل القلق / عن اضطراب النوم (وضع السكون تنبيه اضطرابات) ؛ مهدئ ، منوم ، أو العجز الجنسي الناجم / عن مزيل القلق (الجنسي الخلل) ، والمسكنات ، العصبية الرئيسة أو الخفيفة المنومة ، أو من صنع مزيل اضطراب القلق (اضطرابات عصبية) . راجع المعايير ومناقشة الهذيان في الفصل" الاضطرابات العصبية " . ، وتم التشخيص فى DSM-5 ، لهذه المسكنات المنومة أو الاضطرابات الناجمة عن مزيلات القلق // بدلا من لا يتم تشخيص المسكنات ، المنومة ، أو التسممى أو مزيلات القلق ، أو مهدئات ، والمنومات ، أو الانسحاب من مزيلات القلق // إلا عندما تكون الأعراض شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

اضطراب مزيل القلق المتصلة غير المحدد (F13.99) ،

ينطبق هذا التصنيف على العروض المميزة من المسكنات ، المنومات ، أو الاضطراب ذات الصلة بمزيلات القلق التي تسبب ضائقة مهمة سريرياً ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من الأداء الهام ، والذى يسود ، ولكن لا يستوفي المعايير الكاملة لأي مهدئ ، أو منوم ، أو المتعلق بمزيل اضطراب القلق المحدد ، أو أي من اضطرابات فئة التشخيص بذات الصلة المخدرات والادمان .

الاضطرابات المتصلة بالمنشطات Disorders related to amphetamine :

- اضطراب استخدام المنبهات أو المنشطات .
- منبه تسممى .
- منبه الانسحاب .

- اضطرابات أخرى تسببها المنشطات .
- اضطراب المنشطات المتصلة غير المحدد .

اضطراب استخدام المنبهات أو المنشطات :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . أسلوب من المنشطات ينسب إلى نوع المادة والكوكايين ، أو استخدام المنشطات الأخرى مما يؤدي إلى الضعف هامة السريري ، أو المحنة ، كما يتجلى من قبل اثنين على الأقل من التالي ، الذى يحدث خلال فترة الـ ١٢ شهراً : -

١. غالباً ما تتخذ المنشطات لفترة أطول مما كان يعتزم .
٢. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة للخفض أو السيطرة على استخدام المنشطات .
٣. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة اللازمة للحصول على المنشطات ، أو التعافي من آثارها .
٤. الرغبة القوية في استخدام المنشطات .
٥. استخدام المنشطات المتكررة مما يؤدى إلى عدم الوفاء بالالتزامات التى لها دوراً رئيسياً في العمل ، أو المدرسة ، أو المنزل .
٦. مواصلة استخدام المنشطات على الرغم من وجودها المستمر أو المتكرر أو المهام الاجتماعية ، والتعامل مع المشاكل الناجمة أو التي تفاقمت بسبب آثار المنشطات .
٧. تردى الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة ، والتخفيض من استخدام المنشطات .
٨. استخدام المنشطات المتكررة في الحالات التي تكون خطرة جسدياً .
٩. تواصل استخدام المنشطات على الرغم من وجود معرفة متكررة مستمرة أو مشكلة مادية أو نفسية من المرجح أن تكون ناجمة أو متفاقمة بسبب المنشطات .
١٠. التسامح ، كأسلوب محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . أسلوب معين لزيادة كميات ملحوظة من المنشطات لتحقيق التسممى أو تحقيق التأثير المطلوب .

ب . تأثير التقلص بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المنشطات .

ملاحظة : لا يعتبر هذا المعيار الواجب توافره مع أولئك الذين يتناولون الأدوية المنشطة فقط تحت الإشراف الطبي المناسب ، مثل أدوية اضطراب نقص فرط النشاط ، أو النوم .

١١. الانسحاب ، ويتجلى من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . متلازمة الانسحاب مميزة للمنبه (يرجى الرجوع إلى معايير A,B من المعايير المحددة للانسحاب المنشطات) .

ب . يتم أخذ المنشطات (أو مادة ذات صلة وثيقة) لتخفيف أو تجنب الانسحاب الأعراض .

ملاحظة : لا يعتبر هذا المعيار الواجب توافره لأولئك الذين يتناولون الأدوية المنشطة فقط تحت الإشراف الطبي المناسب ، مثل أدوية الاضطراب أو الخدار .

تحديد ما إذا : -

تحسن واختفاء في وقت مبكر : بعد المعايير الكاملة للاضطراب الناتج عن استخدام المنشطات ، وقد تلتقى مع معايير اضطراب استخدام المنشطات لمدة ثلاثة أشهر على الأقل ولكن لمدة تقل عن ١٢ شهراً (مع الاستثناء للمعيار A4 ،" من الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) (للمنشطات) أو رغبة قوية أو حث على استخدام المنشطات ،"ولا يجوز الحد منها / تقليلها) .

تحسنها واختفائها المستمر : تتحدد المعايير الكاملة لاضطراب استخدام المنشطات السابقة ، والتى قد تستوفي أياً من المعايير اضطراب استخدام المنشطات في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر (باستثناء أن معيار A4 ،" الخاص بالرغبة القوية في استخدام المنشطات " ولا يجوز الحد من استخدامها / تقيلها) .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : لا يجوز استخدام محدد إضافي إذا كان الفرد في بيئة يتم فيها تقييد الوصول إلى المنشطات .

الرمز بناءً على الشدة الراهنة : ملاحظة رموز دليل الأمراض ICD-10-CM : إذا كان التسممى راجع إلى أخذ الأمفيتامين ،أو انسحاب الأمفيتامين ، أو اضطراب آخر ناجم عن المنشطات العقلية الحالية ، فلا تستخدم الرموز أدناه لتشخيص اضطراب استخدام المنشطات .

وبدلا من ذلك ، يشار إلى اضطراب الحالة المرضية باستخدام المنشطات في اضطراب الشخصية (راجع ملاحظة ترميز المنشطات التسممية ، وانسحاب المنشطات الناجم عن الأمفيتامين ، أو اضطراب عقلي معين) . على سبيل المثال : إذا كانت هناك حالة مرضية لنوع من المنشطات أو غيرها من المنشطات التي يسببها اضطراب الاكتئاب ، أو نوع المنشطات أو غيرها من اضطرابات استخدام المنشطات ، فتعطى كود اضطراب الاكتئاب ، مع الطابع 4 مع بيان ما اذا كان الحالة المرضية الناتجة عن اضطراب إستخام المنشطات : معتدلة ، ، أو شديدة : ويتم الترميز معها FI 5.14.

أما الحالة الخفيفة مع المنشطات أو مع غيره من اضطرابات استخدام المنشطات التي يسببها اضطراب الاكتئاب فترمز FI 5.24

وبالمثل ، إذا كان هناك الحالة المرضية بالاكتئاب الذى يسببه الكوكايين ، أو اضطراب تعاطي الكوكايين ، أو اضطراب الاكتئاب الناجم عن الكوكايين / مع بيان ما اذا كان الحالة المرضية تشير إلى اضطراب تعاطي الكوكايين : المعتدل ، أو الشديد فيرمز F14.14 .

ولو كان مع اضطراب تعاطي الكوكايين الخفيف ، التي يسببها الكوكايين لاضطراب الاكتئاب فيرمز FI 4.24 لاضطراب تعاطي الكوكايين المعتدلة أو الشديد مع ما يسببه الكوكايين لاضطراب الاكتئاب .

تحديد شدة الحالة : -

معتدلة : مع وجود ٢-٣ من الأعراض التالية :

- (FI 5,10) المنشطات من نوع مادة .
- (FI 4,10) الكوكايين .
- (F I5.10) أخرى أو غير محددة المنشطات .

متوسط : وجود ٤-٥ أعراض .

- (FI 5,20) المنشطات من نوع مادة .
- (FI 4,20) الكوكايين .
- (F15.20) أخرى أو غير محددة المنشطات .

شديد : وجود ٦ أو أكثر من الأعراض .

- (FI 5,20) المنشطات من نوع مادة .
- (FI 4,20) الكوكايين .
- (FI 5,20) أخرى أو غير محددة المنشطات .

محددي المواصفات Specifiers :

في البيئة المسيطر عليها ينطبق التعاطى باعتباره محدداً بمزيد من العفو والتسامح ، وإذا كان الفرد سواء في العفو والصفح ، أو في البيئة المسيطر عليها (أي في وقت مبكر من العفو والتسامح ، مع للرقابة البيئة أو في العفو والتسامح المستدام في البيئة المسيطر عليها) . الأمثلة على ذلك : بيئات السجون الخالية من المضمون ، والمجتمعات العلاجية ، وداخل وحدات المستشفى .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تشمل المنشطات نوع المواد مع المستبدله مع نفس تأثير الهيكل ، مثل الأمفيتامين ، ديكستروأمفيتامين ، والميثامفيتامين . كما تشمل أيضاً تلك المواد المختلفة هيكليا ولكن لديها آثار مماثلة ، مثل الميثيلفينيديت Methylphenidate[1] وعادة ما تؤخذ هذه المواد عن طريق الفم أو عن طريق الوريد ، على الرغم من أنه يمكن أخذ الميثامفيتامين أيضاً بالطريق الأنفي .

وبالإضافة إلى مركبات المنشطات الاصطناعية ، فهناك ما يحدث بشكل طبيعي ، والمشتق من النباتات ، المنبهة مثل القات . ويمكن الحصول على الأمفيتامينات وغيرها

(١) الميثيلفينيديت Methylphenidate هو دواء فعال للأطفال المصابين باضطراب التنموية انتشارا (PDD) يرافقه زيادة النشاط المفرط ، وقال .Scahill ومع ذلك ، فإن نسبة الأطفال الذين يبدون استجابة إيجابية والاستفادة من حجم أقل مما كنا قد حان لنتوقع في ADHD غير معقدة بواسطة."PDD

من المنشطات طريق وصفة طبية لعلاج السمنة ، واضطراب نقص الانتباه ، والخدار .[1]

بالتالي ، قد يتم تحويل المنشطات المنصوص عليها في السوق (غير المشروعة) إلى أن تحاكي آثار الأمفيتامينات والعقاقير والمنشطات مماثلة للكوكايين ، / على أن يتم عرض معايير اضطراب استخدام هذه المنشطات / مع نوع الاضطراب / مع القدرة على تحديد المنشطات الخاصة التي يستخدمها الفرد . وقد يستهلك الفرد الكوكايين في عدة تحضيرات (على سبيل المثال : أوراق الكوكا Erythroxylum coca ويصنع منها شراب الكوكا كولا ، عجينة الكوكا / والكوكايين هيدروكلوريد ، وقلويدات الكوكايين مثل فريبيس والكراك) التي تختلف في قوتها بسبب مستويات متفاوتة من النقاء وسرعة ظهور . ومع ذلك ، ففي جميع أشكال المضمون فالكوكايين هو العنصر النشط لمسحوق الكوكايين (هيدروكلوريد) والتي عادة عندما يتم شمها من خلال الخياشيم أو مذابة في المياه ، أو عبر حقنة عن طريق الوريد .

يمكن للأفراد المعرضين للمنشطات الأمفيتامينية مثل الكوكايين أو المنشطات تطوير اضطراب الاستخدام في أسرع وقت خلال أسبوع واحد ، وعلى الرغم من أن البداية لا تتم بصورة سريعة . بغض النظر من مسار الإدارة ، فقد يحدث التسامح مع الاستخدام المتكرر .

أما انسحاب الأعراض ، ولا سيما فرط النوم ، وزيادة الشهية ، واضطراب الهوية ، فيمكن أن يحدث ويمكن أن يعزز تلك الرغبة . وقد شهد معظم الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام المنشطات حالات من التسامح أو الانسحاب .

أما استخدام الأنماط المماثلة للاضطرابات فتشمل المنشطات الأمفيتامينية والكوكايين ، على حد سواء ، وهي منشطات قوية للجهاز العصبي المركزي مع الآثار

---

(١) الخدار : هو اضطراب النوم المزمن الذي يتميز بالنعاس خلال فترات النهار والشعور المفاجئ بالنوم ، حيث يعاني مرضى الخدار من صعوبة في الاستيقاظ لفترات طويلة مما يسبب اضطرابات في الروتين اليومي . الفئة العمرية الأكثر عرضة للإصابة بمرض الخدار : عادة ما يوجد هذا المرض بين عمر العاشرة حتى ٢٥ عاما .

النفسية المماثلة . وقد يحدث تصرف لتلك المنشطات مع الكوكايين ، وبالتالي يتم استخدام عدد أقل من مرة في اليوم الواحد .

وقد يتخلل مع الاستخدام المزمن أو العرضي ، مع الانغماس فترات من عدم الاستخدام الوجيزة ، وقد يصاحبها سلوك عدواني أو عنيف وهو الشائع عند المدخن بجرعات عالية أو ما يتم ببلعها ، أو تدار عن طريق الوريد . وقد يحدث معها اضطرابات شديدة مؤقتة تشبه القلق ، أو اضطراب الهلع ، أو اضطراب القلق العام ، وكذلك حلقات التفكير الذهاني ، والتي تشبه الفصام ، وجنون العظمة ، ويحدث ذلك مع استخدام جرعة عالية .

ويرتبط الانسحاب مع أعراض الاكتئاب المؤقت/ إلا أنه يتم بصورة مكثفة ، والذى يُمكن أن يشبه نوبة اكتئاب كبرى ، وغالباً ما تحل أعراض الاكتئاب في غضون أسبوع واحد ، وقد يتطور التسامح مع المنشطات الأمفيتامينية ويؤدي إلى تصعيد الجرعة ، وعلى العكس من ذلك ، فإن بعض المستخدمين للمنشطات الأمفيتامينية يطوروا التوعية الذاتية بتمييز الآثار المترتبة عليه .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

عند حقن المنشطات ، يتم عادة بعدها إنتاج شعور بالثقة والنشوة للفرد ، ويمكن لتلك التغيرات السلوكية الدراماتيكية أن تتطور بسرعة مع المنشطات المسهمة فى السلوك الفوضوي ، إضافة إلى العزلة الاجتماعية ، والسلوك العدواني ، والعجز الجنسي ، كما يمكن أن تؤدي على المدى الطويل إلى ظهور اضطراب استخدام المنشطات .

وقد يعانى الأفراد من الجيل الخامس التسممى الحاد ، من صعوبة فى المشي على الأقدام ، والصداع ، وأفكار مرجعية عابرة ، وطنين فى الأذن ، وقد يكون هناك تفكير بجنون العظمة ، أو الهلوسة السمعية الواضحة ، والهلوسة عن طريق اللمس ، والتي عادة الفرد ما تشير إلى تأثير المخدرات . وقد تحدث تهديدات مثل السلوك العدواني ، والاكتئاب ، والتفكير في الانتحار ، والتهيج ، وانعدام التلذذ ، والتوتر العاطفي ، أو اضطرابات في الانتباه والتركيز / والتى تحدث عادة أثناء الانسحاب .

أما الاضطرابات العقلية المرتبطة مع استخدام الكوكايين فقد تحل خلال عدة ساعات إلى أيام بعد الإقلاع عن تعاطي الكوكايين ولكن يمكن أن تستمر لمدة شهر واحد .

أما التغيرات الفسيولوجية التي تحدث خلال الانسحاب فهي عكس تلك التي تحدث في مرحلة التسممى ، بما في ذلك البطء في بعض الأحيان . مع أعراض الاكتئاب المؤقتة التي قد تلبي معايير أعراض ومدة نوبة اكتئاب كبرى . أما التاريخ المتسق مع نوبات الهلع المتكررة ، ومع اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) مثل المتلازمات المعممة مثل القلق الشائع ، وكذلك اضطرابات الأكل ، والمنشطات المسببة للاضطراب الذهاني ، الذى يشبه الفصام ، مع الأوهام والهلوسة .

وغالباً ما يخضع الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام المنشطات بالعودة إلى المواد المنبهة (على سبيل المثال.: الحنين لرؤية أي مادة powderlike مشابهة) . وهذه الاستجابات تسهم في الانتكاس ، الذى من الصعب إطفاؤه ، والتي قد تستمر حتى بعد بعد إزالة السموم .

معدل انتشار Prevalence :

اضطراب استخدام المنشطات يقدر معدل الانتشار (لمدة ١٢ شهراً) للمنشطات من نوع اضطراب استخدام المنشطات في الولايات المتحدة هو ٠,٢ ٪ بين ١٢ - ١٧ مع الذين تتراوح أعمارهم إلى ٠,٢ ٪ بين الأفراد في عمر ١٨ سنة فأكثر .

أما المعدلات المتشابهة بين الكبار الذكور والإناث فتصل إلى (٠,٢ ٪) ، ولكن بين الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢- ١٧ عاما ، فإن معدل للإناث (٠,٣ ٪) أكبر من الذكور (٠,١ ٪) .

أما مع استخدام المنشطات عن طريق الحقن الوريدي فإن نسبة الذكور إلى الإناث ٣ : ٠١ أو ٤ : ١ ، ولكن هناك توازنا أكثر بين المستخدمين غير طريق الحقن ، حيث تصل النسبة مع الذكور إلى ٥٤ ٪ من القبول في المعالجة الأولية . أما معدل انتشار الاثنى عشرة شهراً للذين تتراوح أعمارهم بين (١٨- ٢٩ عاما) وذلك بنسبة (٠,٤ ٪) الذين تتراوح أعمارهم بين (٤٥-٦٤ عاما) وذلك بنسبة (٠,١ ٪) . لمدة (١٢ شهر) من الذين تتراوح أعمارهم بين (١٢- ١٧ عاما) .

أما المعدلات فهي أعلى بين البيض / عنها لدى الأمريكيين من أصل أفريقي (٠,٣ ٪) مقارنة مع اللاتينيين (٠,١ ٪) والأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ (٠,٠١ ٪) ، مع استخدام المنشطات .

أما اضطراب استخدام المنشطات فهو غائباً تقريبا بين الأميركيين الأصليين[1] بين البالغين ، مع معدلات أعلى بين الهنود الحمر وسكان آلاسكا الأصليين (٠,٦ ٪) مقارنة مع البيض (٠,٢ ٪) واللاتينيين (٠,٢ ٪) ، مع المنشطات / أما نوع اضطراب استخدام المنشطات فهو غائباً تقريبا بين الأميركيين الأفارقة ، والأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ ، وذلك في السنة السابقة من استخدام المنشطات بوصفة طبية بين ٥ ٪ - ٩ ٪ من طلاب المدرسة الثانوية ، مع ٥ ٪ -٣٥ ٪ من الأشخاص في سن المرحلة الجامعية .

اضطراب استخدام المنشطات : يقدر معدل انتشار الكوكايين (لمدة ١٢ شهراً) من اضطراب تعاطي الكوكايين في الولايات المتحدة ، من الذين تتراوح أعمارهم بين ١٢ - ١٧ عاما بـ ٠,٢ ٪ ، و٠,٣ ٪ بين الأفراد في عمر ١٨سنة .

كما تبين أن المعدلات أعلى بين الذكور بنسبة (٠,٤ ٪) بين الإناث بنسبة (٠,١ ٪) . كما تبين أن أعلى نسبة كانت للذين تتراوح أعمارهم بين ١٨ - ٢٩ عاما وبنسبة (٠,٦ ٪) وأدنى نسبة بين الذين تراوحت أعمارهم بين ٤٥ - ٦٤ عاما بنسبة (٠,١ ٪) . كما تبين بأن أكبر المعدلات بين البالغين كانت مع الأميركيين الأصليين (٠,٨ ٪) مقارنة مع الأمريكيين من أصل أفريقي بنسب (٠,٤ ٪) واللاتينيين (٠,٣ ٪) والبيض (٠,٢ ٪) ، والأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ (٠,١ ٪) .

في المقابل ، كانت المعدلات متشابهة مع معدلات اضطراب تعاطي الكوكايين للذين تراوحت أعمارهم بين ١٢ - ١٧ عاما ، مع اللاتينيين (٠,٢ ٪) ، البيض (٠,٢ ٪) ، والأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ (٠,٢ ٪) ، وبنسب أقل بين الأميركيين الأفارقة (٠,٠٢ ٪) ، مع اضطراب تعاطي الكوكايين الغائب تقريبا بين الأميركيين الأصليين وسكان آلاسكا الأصليين .

---

(١) ملحوظة : مصطلح الأميركيين الأصليين يشير إلى الأمريكيين بالولادة فى الدليل التشخيصى DSM-5 إلا أن المصطلح - فى الواقع - ينبغى أن يشير إلى السكان الأصليين وهم الهنود الحمر .

دورة التنمية Development and Course :

تحدث اضطرابات استخدام المنشطات في جميع مستويات المجتمع ، وهي أكثر شيوعاً بين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ١٢-٢٥ سنة مقارنة مع الأفراد فى عمر (٢٦ عاماً) فأكثر .

أما الاستخدام العادي الأول بين الأفراد في المعاملة فيحدث ، في المتوسط ، في حوالي سن ٢٣ عاما . وبمتوسط عمر ٣١ عاما . وبعض الأفراد يبدأ استخدام المنشطات للسيطرة على الوزن أو لتحسين الأداء في المدرسة ، والعمل ، أو ألعاب القوى . وقد يشمل ذلك الحصول على الأدوية مثل الميثيلفينيديت أو أملاح الأمفيتامين ، أو تلقى وصفه علاجية من الآخرين .[1]

ويمكن أن يتطور اضطراب استخدام المنشطات بسرعة مع حقنة فى الوريد أو عن طريق الإستنشاق ، وكع الاستخدام الأول للمنشطات تبين بأن نسبة ٦٦ ٪ قد استخدموه مع التدخين ، وذكرت نسبة ١٨ ٪ عن طريق الحقن ، ونسبة ١٠ ٪ استخدموه بالشم عن طريق الأنف .

أنماط إدارة المنشطات العرضية اليومية (أو شبه يومية) يميل الاستخدام العرضي إلى أن يكون مفصولا ليومين أو أكثر من عدم الاستخدام (على سبيل المثال : استخدام مكثف على مدى عطلة نهاية الأسبوع أو مع واحد أو أكثر من أيام الأسبوع) . وينطوى " الانغماس" المستمر على استخدام جرعة عالية من خلال ساعات أو أيام ، وغالباً ما يرتبط مع الاعتماد الجسدي .

وعادة ما يتم إنهاء الانغماس فقط عندما تنضب الإمدادات المنبهة أو ما يتبع لإرهاق ، مع استمرار الاستخدام اليومي المزمن ، والذى قد ينطوي على جرعات عالية أو منخفضة ، وغالباً مع ما تزداد الجرعة مع مرور الوقت .

ويرتبط التدخين مع استخدام المنشطات / أو عن طريق الحقن ، وذلك مع التقدم السريع والحاد للاستخدام ، أو مع مستوى اضطراب استخدام المنشطات ، والذى يحدث في كثير من الأحيان فى أكثر من أسابيع إلى أشهر .

---

(1) attention-deficit/hyperactivity WWW.

أما استخدام الكوكايين عن طريق الأنف ، أو عن طريق الفم من تلك المنشطات التى تؤدي إلى مزيد من التقدم التدريجي لحدوثه لأكثر من أشهر إلى سنوات ، ومع الاستخدام المستمر ، يحدث انتقاص من الآثار الممتعة الناجمة عن التسامح / مع زيادة في الآثار المزعجة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : يؤدى استخدام المنشطات إلى حدوث الاضطراب الثنائية القطب ، واضطراب الفصام ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي مادة أخرى ، وكلها من عوامل خطر تطوير اضطراب استخدام المنشطات / كما قد يحدث الانتكاس الناتج عن تعاطي الكوكايين في عينات العلاج .

الاندفاع والشخصية قد تؤثر فى نتائج العلاج : قد يرتبط الاضطراب السلوكى فى مرحلة الطفولة ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع لدى الكبار / مع التطور اللاحق من الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات .

المخاطر البيئية : وتشمل تعاطي الكوكايين بين المراهقين / حتى للمتعرضين للكوكايين قبل الولادة ، ومن قبل تعاطي الآباء للكوكايين بعد الولادة ، أو التعرض للعنف المجتمعى خلال مرحلة الطفولة لدى للشباب ، وخاصة الإناث ، وقد تشمل عوامل الخطر المعيشة في منزل وبيئة غير مستقرة ، مع وجود حالة نفسية مستقرة .

تشخيص قضايا ذات الصلة الثقافية Diagnose issues related cultural:

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المنشطات المصاحبة تؤثر على جميع الأعراق الاجتماعية والاقتصادية ، والعمرية ، ومجموعات الأجناس البشرية . قد تكون ذات صلة بقضايا تشخيص العواقب الاجتماعية (على سبيل المثال : اعتقال ، مدرسة ، عمل) . وعلى الرغم من وجود اختلافات صغيرة بين الكوكايين والمنشطات الأخرى ، فإن معايير تشخيص اضطراب استخدام المنشطات يتساوى فى الأداء بين الجنسين ، وعبر الجماعات العرقية المختلفة .

الاستخدام المزمن للكوكايين يضعف وظيفة البطين الأيسر في القلب ، وذلك لدى الأمريكيين من أصل أفريقي . وبلغ حوالي ٦٦ ٪ من الأفراد اعترفوا ببداية الاضطرابات المرتبطة بالكوكايين هم من البيض غير اللاتينيين ، تليها نسبة ٢١ ٪ من أصل أسباني ، ٣٪ آسيا وجزر المحيط الهادئ ، و٣ ٪ من السود غير اللاتينيين .

التشخيص التفاضلي Diagnostic Markers :

حيث أن المستقلب من الكوكايين ، يبقى عادة في البول لمدة ١-٣ أيام بعد جرعة واحدة ويمكن أن تكون حاضرة لـ ٧-١٢ أيام في الأفراد الذين يستخدمون جرعات عالية متكررة . أقل ما يقال - ما نتتج عن االفحوصات - من خفض وظائف الكبد ، والذى يمكن أن يسفر عن الحقن بالكوكايين أو مع الاستخدام المصاحب لتعاطي الكحول .

ولا توجد علامات العصبية حيوية من الأدوات التشخيصية لوقف تعاطي الكوكايين المزمن / والذى قد يترافق مع تغييرات الرسم الكهربي للدماغ ، مما يدل على الشذوذ الثابت ؛ مع رصد تغييرات في أنماط إفراز البرولاكتين ، من مستقبلات الدوبامين .

ويمكن المنشطات الكشف عن منشطات الميثيلين - methylamphetamine الميثامفيتامين ، وذلك عقب مدة تتراوح من ١-٣ أيام ، وربما تصل إلى ٤ أيام اعتماداً على الجرعة ، كما قد تكشف عينات الشعر عن وجود المنشطات لمدة تصل إلى ٩٠ يوما . أما النتائج المختبرية الأخرى ، فضلا عن النتائج المادية الظروف الطبية الأخرى (على سبيل المثال : فقدان الوزن ، وسوء التغذية؛ قلة النظافة) ، والناتجة عن تعاطى لكلا من الكوكايين والمنشطات من نوع المشارك فى اضطراب استخدام المنشطات .

أما العواقب الوظيفية نتيجة استخدام المنشطات فقد تحدث حالات طبية مختلفة اعتماداً على طريقة التعاطي . فاذا كان التعاطى يتم من الأنف فقد يتطور- في كثير من الأحيان - إلى التهاب الجيوب الأنفية ، وتهيج ، والنزيف من الغشاء المخاطي للأنف ، وثقب الحاجز الأنفي .

أما الأفراد الذين يدخنون المخدرات فهم معرضون لخطر متزايد لمشاكل في الجهاز التنفسي (على سبيل المثال : السعال ، التهاب الشعب الهوائية ، والالتهاب الرئوي) .

أما المسارات الأكثر شيوعاً على سواعدهم : فهو خطر فيروس نقص المناعة البشرية الذى يزداد مع الإصابة المتكررة بالحقن في الوريد ، والنشاط الجنسي غير المأمون .

كما أن الأمراض الأخرى التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ، فينظر فيها إلى الالتهاب الكبدى ، والسل وأمراض الرئة الأخرى ، فقدان الوزن وسوء التغذية الشائعة .

قد يكون الألم في الصدر من الأعراض الشائعة من خلال منبه تسممى : وف يتعرضوا لخطر احتشاء عضلة القلب ، والخفقان وعدم انتظام ضربات القلب ، والموت المفاجئ من توقف التنفس أو القلب ، والذى يرتبط بالسكتة الدماغية ، حتى مع استخدام المنشطات بين الشباب والأصحاء الأفراد .

ويمكن أن تحدث النوبات مع استخدام المنشطات ، والتى يمكن أن تنجم عن عملية امتصاص الدخان ومواد التنشق . كما أن الإصابات بين تلك الفئات قد يحدث بسبب السلوك العنيف الشائع بين الأفراد من مهربى المخدرات .

ويرتبط تعاطي الكوكايين بمشاكل تدفق الدم فى المشيمة ، وانفصال المشيمة المبكر ، مع زيادة معدل الانتشار بين الأطفال الذين يعانون من انخفاض وزن أقل من المعدلات الطبيعية .

كما قد ينخرط الأفراد (الذين يعانوا من اضطراب استخدام المنشطات) فى المشاركة في السرقة ، والدعارة ، أو تجارة المخدرات من أجل الحصول على العقاقير أو المال لشراء المخدرات .

ضعف عصبي شائع بين مستخدمي الميثامفيتامين : والذى يؤثر على صحة الفم وتشمل المشاكل " ميث الفم " مع أمراض اللثة ، وتسوس الأسنان ، وتقرحات الفم ذات الصلة بالآثار السامة لتدخين المخدرات وصريف الأسنان وهو في حالة سكر .

مع ظهور أعراض (سلبية رئوية / وضعف فى أداء الرئة) وقد تظهر آثار أقل شيوعاً للمنشطات الأمفيتامينية ، وذلك لدى المدخن لمرات أقل في اليوم الواحد ، والتى ذات الصلة بأعراض اضطرابات استخدام المنشطات النفسية والإصابات والالتهابات الجلدية ، وأمراض الأسنان .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الأولية : الاضطرابات الناجمة عن المنشطات قد تشبه الاضطرابات النفسية الأولية (مثل اضطرابات الاكتئاب الكبرى) (ولمناقشة هذا التشخيص التفريقي ، انظر " انسحاب المنشطات) . أما الاضطرابات النفسية الناتجة عن آثار المنشطات فينبغي تمييزها عن أعراض الفصام ؛ وعن اضطرابات اكتئاب القطبين ؛ اضطراب القلق العام ، واضطرابات الهلع .

الفينسيكليدين التسممي : التسممي مع فينسيكليدين (PCP "أو" ملاك الغبار) أو المخدرات الاصطناعية" والمصممة بأسماء تجارية / أو شعبية (المعروفة بأسماء مختلفة ، بما في ذلك " أملاح الاستحمام ") وقد يسبب صورة سريرية مماثلة ، والتي يمكن تمييزها فقط عن طريق منشطات التسمم بسبب وجود الكوكايين أو المنشطات من نوع المادة الأيضية في البول أو عبر سحب عينة من بلازما الدم وتحليلها .

تسمم المنشطات والانسحاب : تسمم المنشطات والانسحاب المتميز عن غيره من الاضطرابات التي يسببها المنشطات (على سبيل المثال : اضطراب القلق ، مع بداية أو خلال التسممي) وتسود الأعراض السريرية في الاضطرابات الأخيرة ، والتي هي عرضه شديدة بما يكفي لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

غالباً ما تتزامن الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات / مع اضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى ، وخاصة تلك التي تنطوي على مواد ذات خصائص مهدئة ، والتي غالباً ما يتم اتخاذها للحد من الأرق ، والعصبية ، وغيرها من الآثار الجانبية السيئة .

كما أن متعاطي الكوكايين غالباً ما يستخدمون الكحول ، أما مستخدمي المنشطات فغالباً ما يستخدمون الحشيش المخدر . وقد يترافق اضطراب استخدام المنشطات / مع اضطراب ما بعد الصدمة ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، واضطراب نقص فرط النشاط ، واضطراب المقامرة .

وغالباً ما يعانى الأفراد الذين يسعون لعلاج المشاكل المتعلقة بالكوكايين من مشاكل فى القلب ، مع الألم فى الصدر وهو الأكثر شيوعاً . ما تحدث المشاكل الطبية

كاستجابة لسلوك متعاطي الكوكايين الذي يبتلع قطع الكوكـايين مـع الليفـاميزول [1] ، وهي مضادات الميكروبات والأدوية البيطرية .

اضطراب المنبهات أو المنشطات التسممى :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الاستخدام الزائد من مادة المنشطات من نوع والكوكايين ، أو المنشطات الأخرى .

B . تغييرات إشكالية سريرية هامة سلوكية أو نفسية (على سبيل المثال : النشوة أو الصد الوجداني : التغيرات في المؤانسة ، والحساسية الشخصية) وتشمل كذلك : القلق ، التوتر ، أو الغضب؛ السلوكيات الأسلوبية : ضعف التحكم أثناء أو بعد فترة وجيزة ، من استخدام المنشطات .

C . اثنين (أو أكثر) من العلامات أو الأعراض التالية ، النامية خلال ، أو بعد فترة وجيزة ، من استخدام المنشطات : -

١.عدم انتظام دقات القلب أو بطئها .

٢. اتساع حدقة العين .

٣. ارتفاع / أو خفض ضغط الدم .

٤. عرق أو قشعريرة .

٥. الغثيان أو القيء .

٦. فقدان الوزن .

٧. التخلف .

٨. ضعف العضلات ، والاكتئاب ، أو ألم في الصدر والجهاز التنفسي ، أو عدم انتظام ضربات القلب .

٩. الارتباك ، وخلل الحركة ، والاختلالات ، أو الغيبوبة .

---

(١) الليفاميزول، وتسويقها باعتبارها هيدروكلوريد الملح تحت الاسم التجاري Ergamisol (R12564)، هو antihelminthic ومناعي ينتمون إلى فئة من الاصطناعية imidazothiazole المشتقات.، كما تم يستخدم بشكل متزايد شائبة في الكوكايين التي تباع في الولايات المتحدة وكندا، مما أدى خطيرة الآثار الجانبية وقد تم اكتشافه في عام ١٩٦٦ في بلجيكا .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أوضح من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى بمادة أخرى . وتحديد مسكر محدد (أي المنشطات من نوع مادة الكوكايين ، أو غيرها المنشطات) .

تحديد ما إذا : -

الاضطرابات الإدراكية : يمكن ملاحظتها مع الهلوسه المحددة مع اختبار الواقع السليم أوالسمعي ، والبصرى ، والذى يحدث أوهام بصرية ، أو عن طريق اللمس في غياب الهذيان .

ملاحظة عن الترميز : رمز (دليل تشخيص الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-9-CM هو 292,89) والذى يعتمد على المنشطات مثل ، الكوكايين ، أو المنشطات الأخرى : وإذا كانت هناك حالة مرضية مثل الأمفيتامين والكوكايين ، أوغيرها من الاضطرابات التى تستخدام المنشطات ، وعما إذا كان أو لم يصاحبها إدراك حسي مع تلك الاضطرابات .

المنشطات والكوكايين ، أو غيرها من تسمم منبه ، مع الاضطرابات الإدراكية :-

إذا كان الأمفيتامين الخفيف أو غيرها من اضطرابات استخدام المنشطات هو الحالة المرضية ، و10- ICD- كود CM هو FI 5.122 ، وإذا كان الأمفيتامين معتدلة أو شديدة أو غيرها من استخدام المنشطات الاضطراب هو الحالة المرضية ، رمز -ICD 10-CM هو FI 5.222. وإذا لم يكن هناك منشطات ، أو نتيجة حالة مرضية أو غيرها من اضطرابات استخدام المنشطات ، ثم رمز ICD-10-CM هو F15.922. وبالمثل ، إذا اضطراب استخدام تعاطي الكوكايين معتدل مع حالة مرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو FI 4.122 ، وإذا كان هناك اضطراب استخدام تعاطي الكوكايين المعتدل أو الشديد مع حالة مرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو FI 4.222. إذا لم توجد حالة مرضية نتيجة استخدام اضطراب تعاطي الكوكايين ، فيرمز ICD-10-CM هو F14.922.

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من المنشطات التسممى ، تتعلق بالمنشطات الأمفيتامينية والكوكايين ، هو وجود تغيرات سلوكية أو نفسية سريرية هامة ، والتي تتطور أثناء أو بعد فترة وجيزة من استخدام المنشطات (معايير A,B) . من الهلوسات السمعية

البارزة ، كما قد يصاحبه تفكير مذعور ، ويجب التمييز بين أعراض الاضطراب الذهاني المستقل مثل الفصام ، ويبدأ المنبه التسممى عادة مع المشاعر" العالية / المضللة " ويشمل واحد أو أكثر من الإجراءات التالية : -

تعزيز قوة النشوة ، مع فرط النشاط ، والأرق ، وحساسية التعامل مع الأخرين ، والثرثرة ، والقلق ، والتوتر ، واليقظة ، والعظمة ، والسلوك الأسلوبي المتكرر ، والغضب ، وضعف التحكم ، وفي حالة تسممية مزمنة ، وصد العاطفية ، مع التعب أو الحزن والانسحاب الاجتماعي .

وتقترن هذه السلوكية بالتغيرات النفسية من قبل اثنين أو أكثر من الإجراءات التالية :-

العلامات والأعراض التي تحدث أثناء أو بعد فترة وجيزة من استخدام المنشطات ، عدم انتظام دقات القلب أو بطء القلب ؛ اتساع حدقة العين ؛ ارتفاع أو خفض ضغط الدم ، وعرق أو قشعريرة ؛ غثيان أو قيء؛ مع دليل على فقدان الوزن ؛ التحريض النفسي أو التخلف ؛ ضعف العضلات ، والاكتئاب ، ألم في الجهاز التنفسي ، والصدر ، أو عدم انتظام ضربات القلب ، والارتباك ، وخلل الحركة ، واختلالات ، أو غيبوبة (C) .

التسممى ، إما حاد أو مزمن ، وكثيراً ما يرتبط مع ضعف الأداء الاجتماعي أو المهني ، تسمم شديد يمكن أن يؤدي إلى التشنجات ، وعدم انتظام ضربات القلب ، وفرط السخونة ، والموت .

ويشخص التسممى بالمنشطات يتعين القيام بها ، ويجب ألا تعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (D) . ولا يعد معيارا للاضطراب إلا فى وجود اثنين من المعايير التشخيصية لاضطراب استخدام المنشطات التسممى .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

حجم واتجاه التغيرات السلوكية والفسيولوجية تعتمد على العديد من المتغيرات ، بما في ذلك استخدام جرعة وخصائص الفرد باستخدام مادة أو سياق (على سبيل

المثال : التسامح ، ومعدل الاستيعاب ، وفقاً للسياق الذي يؤخذ عليه) . كما يرتبط بآثار المنشطات مثل النشوة ، وزيادة النبض وضغط الدم ، والنشاط النفسي الأكثر شيوعاً ، مع الاكتئاب مثل آثار الحزن ، وبطء القلب ، انخفاض ضغط الدم ، وانخفاض النشاط النفسي الأقل شيوعاً وعموما فإن هذه الأعراض لا تظهر إلا مع استخدام جرعة عالية مستمرة .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

الاضطرابات الناجمة عن المنشطات : ويتميز التسممى بالمنشطات نتيجة للاضطرابات الناجمة عن المنشطات (على سبيل المثال : الناجمة عن المنشطات ، واضطراب الاكتئاب ، والهوس الاكتئابي ، واضطراب ذهاني ، واضطرابات القلق) لأن شدة الأعراض التسممية يفوق المرتبط بالاضطرابات الناجمة عن المنشطات ، والأعراض التى تستدعي اهتماما سريرياً مستقلا . وتتميز هذه المنشطات التسممية بالهذيان قبل حدوث اضطراب في مستوى الوعي والتغيير في الإدراك .

الاضطرابات النفسية الأخرى : الاضطرابات العقلية البارزة المرتبطة بالمنشطات التسممية ، وينبغي تمييزها عن أعراض الفصام ، ونوع جنون العظمة ؛ واضطرابات اكتئاب القطبين ؛ واضطراب القلق العام ، واضطرابات الهلع كما وصفت في دليل DSM-5.

الانسحاب للمنبهات أو المنشطات :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . وقف (أو خفض) لفترة طويلة لمادة المنشطات من نوع والكوكايين ، أو استخدام المنشطات الأخرى .

B . مزاج منزعج واثنين (أو أكثر) من التغيرات الفسيولوجية التالية ، وتطوير في غضون بضع ساعات إلى عدة أيام بعد المعيار A : -

١.التعب .

٢. مشاهدة كوابيس .

٣. الأرق أو فرط النوم .

٤. زيادة الشهية .

٥. التخلف النفسي أو الانفعالات .

C . علامات أو أعراض في المعيار B يسبب ضائقة مهمة سريرياً أو ضعف في المجـالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهم من أداء .

D . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أوضـح أفـضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التـسممى أو الانـسحاب مـن مـادة أخرى .

تحديد مادة محـددة تـسبب متلازمـة الانـسحاب (أي المنـشطات مـع مـادة مثـل الكوكايين وغيرها الأخرى) .

ملاحظة عن الترميز : رمز ICD-9-CM يعتمد على ما إذا كانـت المنـشطات هـي الكوكايين ، أو المنشطات الأخرى . ويرمز ICD-10-CM بالمنشطات أو الإنسحاب مـن المنشطات الأخرى هو FI 5.23 ، وICD-10-CM وانـسحاب الكوكـايين هـو F14.23. والـذى يـدل علـى وجـود الحالـة المرضـية علـى المنـشطات المعتدلـة أو الـشديدة ، والكوكايين ، أو غيرها من اضطرابات استخدام المنـشطات ، والـتي تعكـس حقيقـة أن الأمفيتامين والكوكايين ، أو غيرها من منشطات الانسحاب ، والذى يمكـن أن يحـدث فقط في جود المنشطات المعتدلة أو الشديدة ، والكوكايين ، أو غيرهـا مـن اضـطرابات استخدام المنشطات .

ولا يجوز لرمز من تلك المنشطات إلى حالة مرضية معتدلة ، باستخدام الكوكـايين أو باستخدام المنشطات الأخرى فى حدوث الاضطراب مـع الأمفيتـامين والكوكـايين ، أو غيرها من المواد المنشطة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features

الميزة الأساس من الانسحاب من المنشطات هى وجود متلازمة الانسحاب المميزة التى تتطور في غضون بضع ساعات إلى عدة أيـام بعـد توقـف (أو تخفـيض ملحـوظ) في استخدام المنشطات (جرعة عالية عموما) الذي تتم لفترات طويلة (A) . وتتميز متلازمـة الانسحاب من خلال تطوير منزعج المزاج برفقة اثنين أو أكثر من التغيرات الفـسيولوجية التالية : التعب ، الأحلام المزعجة ، والأرق أو فرط النوم ، وزيادة الشهية ، والتخلـف الحركي ، أو التحريض (B) . أو مع بـطء القلـب والـذى غالبـاً مـا يكـون موجـوداً ، أو مقياساً يمكن الاعتماد عليه من الانسحاب من المنشطات .

انعدام التلذذ والمخدرات بشغف يمكن أن يكون موجوداً في كثير من الأحيان ، ولكنه لا يعد جزءاً من معايير التشخيص . وقد تسبب هذه الأعراض الضيق السريرى الهام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من العمل (C) . وتلك الأعراض يجب أن لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ولا يتم شرحها بصورة أفضل عن طريق اضطراب عقلي آخر (D) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

غالباً ما ينظر إلى أعراض الانسحاب الحادة (حادث) بعد فترات من جرعة عالية من تكرار استخدام (التشغيل) . وتتميز هذه الفترات بمشاعر مكثفة وغير سارة للملل والاكتئاب وزيادة الشهية ، والتي تتطلب عادة عدة أيام من الراحة والاستجمام .

أما أعراض الاكتئاب مع التفكير في الانتحار (أو إيذاء النفس بالباطل المحرم شرعاً) أو السلوك يمكن أن يحدث بشكل عام أخطر، أو مع غيرها من أشكال الانسحاب من المنشطات . ويعانى غالبية الأفراد من اضطراب استخدام المنشطات كتجربة من متلازمة الانسحاب في مرحلة ما ، من التسامح .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطراب استخدام المنشطات والاضطرابات الناجمة عن المنشطات الأخرى : ويتميز باضطراب استخدام المنشطات وغيرها من الاضطرابات التي تسببها المنشطات (على سبيل المثال : التي يسببها التسممى الناتج عن تناول المنشطات من : هذيان ، واضطراب الاكتئاب ، والهوس الاكتئابي ، والاضطراب الذهاني ، واضطراب القلق ، والعجز الجنسي ، واضطراب النوم) لأن أعراض الانسحاب تسود سريرية وشديدة بما فيه الكفاية لتستدعي اهتماما سريرياً مستقلاً .

الاضطرابات أخرى التي تسببها المنشطات :

الاضطرابات الناجمة عن المنشطات التالية (والتي تشمل المنشطات والكوكايين ، ووصفت الاضطرابات الناجمة عن المنشطات الأخرى) في فصول أخرى من كتاب الذين

يعانون من اضطرابات التي تشترك الظواهر (انظر يسببها الدواء الاضطرابات النفسية في هذه الفصول) : من صنع المنشطات اضطراب ذهاني (الفصام الطيف واضطرابات نفسية أخرى)؛ الناجم عن المنشطات الاضطراب الثنائي القطب (القطبين واضطرابات ذات صلة)؛ اضطراب الاكتئاب (التي يسببها المنشطات " الاضطرابات الاكتئابية) الناجم عن المنشطات اضطراب القلق (اضطرابات القلق)؛ الوسواس القهري الناجم عن المنشطات اضطراب (الوسواس القهري واضطرابات ذات صلة) ؛ الناجم عن المنشطات ، اضطراب النوم (اضطرابات النوم / الاستيقاظ) ؛ والعجز الجنسي الناجم عن المنشطات (الجنسي الخلل) . للمنبه التسممي الهذيان ، انظر المعايير ومناقشة الهذيان في الفصل "اضطرابات عصبي" . هذه الاضطرابات الناجمة عن المنشطات ويتم تشخيص بدلا من التسممي منبه أو منبه الانسحاب فقط عندما يكون الأعراض شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريرية مستقلة .

اضطراب المنشطات المتصلة غير المحدد :

ينطبق هذا التصنيف على العروض التي الأعراض المميزة الفوضى التي تسبب الضيق سريرية هامة أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة عن أي اضطراب المتعلقة منبه معين أو أي من اضطرابات في الجوهر ذات الصلة واضطرابات الإدمان فئة التشخيص .

ملاحظة عن الترميز : رمز (دليل تشخيص الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-9-CM) يعتمد على ما إذا كانت هذه المنشطات مثل الكوكايين ، ومن غيره مثل الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات الأخرى غير محددة هو F15.99. في 10- ICD- كود CM وبرمز الاضطراب المتعلق بالكوكايين غير المحددة وهو FI 4.99.

اضطرابات ذات الصلة بالتبغ :

- اضطراب استخدام التبغ .
- الانسحاب من التبغ .
- اضطرابات أخرى يسببها التبغ .
- اضطراب التبغ المتصلة غير المحددة .

اضطراب استخدام التبغ :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . أسلوب إشكالية استخدام التبغ يؤدي إلى ضعف سريرى هام أو مع محنة ، كما يتجلى من قبل اثنين على الأقل من التالي ، والتي تحدث خلال فترة الـ ١٢ شهراً:-

١. غالباً ما يتخذ التبغ بكمية أكبر أو لفترة أطول مما كان يعتزم .
٢. وجود رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة للخفض أو السيطرة على تعاطي التبغ .
٣. ينفق قدراً كبيراً من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على/ أو استخدام التبغ .
٤. الرغبة القوية في استخدام التبغ .
٥. تعاطي التبغ المتكرر مما يؤدى إلى عدم الوفاء بالالتزامات ، وعلى الدور الرئيس في العمل ، والمدرسة ، أو المنزل (على سبيل المثال : التدخل في العمل اليومى للفرد) .
٦. استمرار تعاطي التبغ على الرغم من الضعف المستمر أو المتكرر فى المهام الاجتماعية أو الشخصية الناتج عن المشاكل الناجمة أو المتفاقمة بسبب آثار التبغ (على سبيل المثال : حجج الآخرين عن تعاطي التبغ) .
٧. تردى الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة وتخفيضها نتيجة تعاطي التبغ .
٨. تعاطي التبغ المتكرر في الحالات التي تكون خطرة جسدياً (مثل التدخين في السرير) .
٩. استمرار استخدام التبغ على الرغم من وجود معرفة متكررة مستمرة أو مشكلة مادية أو نفسية ، والتى من المرجح أن تكون ناجمة أو متفاقمة مع تعاطى التبغ .
١٠. التسامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -
أ . أسلوب لزيادة كميات ملحوظة من التبغ لتحقيق التأثير المطلوب .

ب . وهناك تأثير تقلص بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من التبغ .

١١. الانسحاب ، كما يتجلى من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . متلازمة الانسحاب المميزة للتبغ (يرجى الرجوع إلى معايير / A , B / من المعايير المحددة للانسحاب من التبغ) .

ب . يؤخذ التبغ (أو المادة ذات الصلة الوثيقة ، مثل النيكوتين) للتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب .

تحديد ما إذا : -

التحسن والاختفاء في وقت مبكر : بعد ظهور المعايير الكاملة لاضطراب تعاطي التبغ ، وقد يلتقى مع معايير اضطراب تعاطي التبغ لمدة ٣ أشهر على الأقل ولكن لمدة تقل عن ١٢ شهراً (مع الاستثناء لمعايير A4 ،" من الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) ، أو برغبة قوية أو حث على استخدام التبغ ،" ولا يستطيع الحد منه) .

تحسن واختفاء مستمر : بعد ظهور المعايير الكاملة لاضطراب تعاطي التبغ قد يلتقى سابقاً ، والتي تستوفي أياً من معايير اضطراب تعاطي التبغ في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر (باستثناء معيار A4 ، الخاص " بالرغبة القوية في استخدام التبغ ،" ولا يجوز الحد منه) .

تحديد ما إذا : -

يستند على العلاج والوقائي : والفرد مع أخذ الدواء على المدى الطويل ، مثل الأدوية البديلة للنيكوتين ، والتي توجد مع معايير اضطراب تعاطي التبغ ، والتي قد تجتمع مع تلك الفئة من الأدوية (باستثناء التسامح ، أو الانسحاب من النيكوتين ، أو مع استبدال الدواء) .

في البيئة المسيطر عليها : يستخدم التشخيص المحدد الإضافي إذا كان الفرد في بيئة يتم فيها تقييد الوصول إلى التبغ .

الرمز بناءً على الشدة الراهنة : ملاحظة لرموز (دليل تشخيص الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-9-CM) ، وإذا تم سحب التبغ ، فقد يحدث اضطراب النوم الناجم عن التبغ ، ولا تستخدم الرموز أدناه للحصول على تعاطي اضطراب

التبغ . وبدلا من ذلك ، يشار إلى الحالة المرضية باضطراب تعاطي التبغ في الشخصية مع أربعة من مسببات اضطراب التبغ (راجع الملاحظة الترميز للانسحاب التبغ اضطراب النوم) . وعلى سبيل المثال : إذا كان هناك حالة مرضية لاضطراب النوم الناجم عن التبغ واضطراب تعاطي التبغ ، وتعطى فقط رمز اضطراب النوم الناجم عن التبغ ، مع بيان ما اذا كانت الحالة المرضية لاضطراب تعاطي التبغ هو المعتدل أو الشديد : F17.208 نتيجة لاضطراب تعاطي التبغ المعتدل أو الشديد مع اضطراب النوم الناجم عن التبغ . لا يجوز اتخاذ رمز معتدل لاضطراب تعاطي التبغ الحالة المرضية مع اضطراب النوم الناجم عن التبغ .

تعيين خطورة الحالة : -

- (Z72.0) معتدلة : وجود ٢-٣ أعراض .
- (F I7.200) متوسطة : وجود ٤-٥ أعراض .
- (FI 7.200) شديدة : وجود ٦ أو أكثر من أعراض .

محدد المواصفات Specifiers :

ويعد بمثابة محدد للأفراد مع أدوية المحفزة على التوقف عن التدخين (على سبيل المثال : البوبروبيون ، فارينيكلين) وإذا كان الفرد على حد سواء في حالة من العفو والصفح وعلى أخذ العلاج في البيئة المسيطر عليها (أي مع تحسن واختفاء في وقت مبكر ، أو في استدامة الهوادة في البيئة المسيطر عليها) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

اضطراب تعاطي التبغ هو الشائع بين الأفراد الذين يستخدمون السجائر والتبغ الذي لا يدخن بصفة يومية وغير الشائع بين الأفراد الذين لا يستخدمون التبغ يوميا أو الذين يستخدمون الأدوية لتقليل تحفيز النيكوتين .

ويتمثل التسامح مع التبغ من قبل اختفاء الغثيان والدوخة بعد التناول المتكرر مع وجود تأثير أكثر كثافة من تأثير التبغ لأول مرة يتم استخدامه خلال النهار . كما يؤدى الإقلاع عن تعاطي التبغ إلى انسحاب واضح لمعالم متلازمة التبغ . كما أن العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب تعاطي التبغ قد يستخدموا التبغ لتخفيف

أو لتجنب أعراض الانسحاب (على سبيل المثال : بعد حالة تقتصير الاستخدام) لدى العديد من الأفراد الذين يستخدمون التبغ ذات الصلة بالأعراض الجسدية أو الأمراض ، نتيجة الاستمرار في التدخين ، - والذى أفادت به التقارير - بخصوص الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) الكبير للمدخنين عندما لا يدخنون لعدة ساعات .

قضاء الوقت المفرطة باستخدام التبغ يمكن يتضح من سلسلة التدخين (أي تدخين سيجارة واحدة بعد أخرى مع عدم وجود وقت بينهما) . ولأن مصادر التبغ جاهزة ومتاحة من الناحية القانونية ، ولأن النيكوتين التسممي هو حالة نادرة ، كما يتم إنفاق وقتاً كبيراً من الوقت في محاولة لشراء التبغ أو التعافى من آثارها غير الشائعة .

يمكن التخلي عن الأنشطة والمهام الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة التى تحدث عندما يستغني الفرد عن النشاط الذى يمكن أن يحدث في المناطق المقيدة (المحظور فيها) لتعاطي التبغ . مع الاستخدام النادر مما يؤدي بالتبغ إلى عدم الوفاء بالالتزامات كدور رئيس (على سبيل المثال : التدخل مع مهام العمل ، والتدخل مع التزامات البيت) ، أو مع المشاكل الاجتماعية المستمرة (على سبيل المثال : وجود الحجج مع الآخرين عن تعاطي التبغ ، وتجنب المواقف الاجتماعية بسبب استنكار وضيق البعض من تعاطي التبغ) أو التعرض لخطورة جسدية (مثل التدخين في السرير ، والتدخين حول المواد الكيميائية القابلة للاشتعال) والتى تحدث مع زيادة معدل الانتشار للتدخين . رغم أن هناك تأييد - فى كثير من الأحيان - مع أقل من هذه المعايير من قبل مستخدمي التبغ ، والتى يمكن أن تشير إلى وجود اضطرابات أشد .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

التدخين في غضون ٣٠ دقيقة من الاستيقاظ ، والتدخين اليومي ، والتدخين أكثر سيجارة في اليوم الواحد ، والاستيقاظ ليلا للتدخين ، والتى ترتبط مع اضطراب تعاطي التبغ .

أما العامل البيئي فيمكن أن يحفز شغف العظة أو الانسحاب ، كما تؤدى الظروف الصحية الخطيرة ، مثل التهابات الرئة والأنواع الأخرى من السرطان ،

وأمراض القلب والرئة ، ومشاكل فترة ما حول الولادة ، والسعال ، وضيق في التنفس ، وتسارع شيخوخة الجلد ، والذى غالباً ما يحدث .

معدل انتشار Prevalence :

السجائر هي منتج من منتجات التبغ الأكثر شيوعاً ، وهو ما يمثل أكثر من ٩٠ ٪ من التبغ استخدام النيكوتين . في الولايات المتحدة ، كانت ٥٧ ٪ من البالغين غير المدخنين ، و٢٢٪ هي المدخنين السابقين ، و٢١ ٪ من المدخنين الحاليين . ما يقرب من ٢٠ ٪ من المدخنين الأمريكية الحالية هم من المدخنين .

أما معدل انتشار تعاطي التبغ لمن لا يدخن فهو أقل من ٥ ٪ ، أما معدل انتشار استخدام التبغ في الغليون والسيجار (وهو أقل من ١ ٪) .

ووفقاً لمعايير الدليل الرابع DSM-IV فإن الاعتماد على النيكوتين فيمكن استخدامها لتقدير معدل انتشار التبغ وشيوع الفوضى مع استخدم التبغ ، ولكن نظرا لأنها تشير إلى مجموعة فرعية من معايير اضطراب تعاطي التبغ ، وقد يكون معدل انتشار اضطراب تعاطي التبغ قد يكون أكبر إلى حد ما .

أما معدل الانتشار لمدة ١٢ شهراً DSM- IV من الاعتماد على استخدام النيكوتين في الولايات المتحدة هي ١٣ ٪ بين البالغين في سن ١٨ عاما فما فوق .

وتصل النسبة المتقاربه بين الذكور البالغين (١٤ ٪) والإناث (١٢ ٪) مع انخفاض في سن التدخين من ١٧ ٪ بين ١٨ – الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٩ عاما إلى (٤ ٪ بين الأفراد) في سن ٦٥ عاما فما فوق . أما معدل انتشار الاعتماد على النيكوتين الحالي فهو أكبر بين الأميركيين وسكان آلاسكا الأصليين فتصل إلى (٢٣ ٪) وإلى (١٤ ٪) من بين البيض / ولكن بين الأميركيين الأفارقة تصل النسبة لأقل من (١٠ ٪) ، ومع الأميركيين الآسيويين وسكان جزر المحيط الهادئ إلى (٦ ٪) ، واللاتينيين (٦ ٪) . ويصل معدل الانتشار اليومي الحالية بين المدخنين إلى (ما يقرب من ٥٠ ٪) .

وفي العديد من الحالات النامية ، فإن معدل انتشار التدخين هى أكبر بكثير لدى الذكور أكثر في الإناث ، ومع ذلك ، فغالباً ما يكون هناك تأخير في التحول الديمجرافي بأن هذه الزيادات فى التدخين ، قد زادت لدى الإناث في وقت لاحق .

دورة التنمية Development and Course :

غالباً ما يمارس المراهقين فى الولايات المتحدة تجربة مع تعاطي التبغ ، وحسب العمر فى سن ١٨ عاما ، تصل النسبة بما لا يقل عن ٢٠ ٪ من التدخين على الأقل شهريا . ومعظم هؤلاء الأفراد قد يصبحوا من مستخدمي التبغ بصفة يومية .

أما استهلال التدخين بعد سن ٢١ عاما فهو أمر نادر الحدوث . وبشكل عام ، فإن بعض استخدامات التبغ أو المترافقة مع معايير الاضطراب التى تحدث الأعراض بعد وقت قصير من بداية تعاطي التبغ ، ويتلاءم أسلوب كثير من الأفراد مع اضطراب تعاطي التبغ الحالي في أواخر مرحلة المراهقة ، وذلك لأكثر من ٨٠ ٪ من الأفراد الذين يستخدمون التبغ / فى محاولة لإنهاء استخدامه في وقت ما ، ولكن يحدث الانتكاس لدى ٦٠ ٪ في حدود مرة واحدة في الاسبوع وأقل من ٥ ٪ يبقوا ممتنعين عنه .

ومع ذلك ، فإن معظم الأفراد الذين يستخدمون التبغ مع المحاولات المتعددة مثل نصف مستخدمي التبغ قد يمتنعوا عن التبغ في نهاية المطاف . وعادة لا يترك الأفراد الذين يستخدمون التبغ حتى بعد سن ٣٠ عاماً وكان التدخين في الولايات المتحدة (مثلاً) كان نادراً في السابق ، وأصبح من أكثر معدلات الانتشار في العقد الأخير (السنوات العشرة الأخيرة) وخصوصا بين الأفراد الأصغر سنا الذين يستخدمون التبغ .

العوامل الخطر والمنذرة :

المخاطر المزاجية : الأفراد مع سمات الشخصية الخارجية (مع ضعف التحكم الداخلى) هم أكثر عرضة لبدء تعاطي التبغ ، أما الأطفال الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه أو السلوك المضطرب ، والبالغين الذين يعانون من الاكتئاب ، أو الهوس الاكتئابي ، والقلق ، والشخصية الذهانية ، أو غيرها من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات ، ويتعرضون لخطر أعلى للبدء أو الاستمرار فى تعاطي التبغ .

المخاطر البيئية : الأفراد من ذوي الدخل المنخفض مع مستويات تعليمية منخفضة هم أكثر عرضة لبدء تعاطي التبغ وهم أقل عرضة للإيقاف .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : تساهم العوامل الوراثية في التعرض لتعاطي التبغ ، واستمرار تعاطي التبغ ، وتطوير اضطراب تعاطي التبغ ، مع وجود درجة من التوريث تعادل تلك التي لوحظت مع الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مادة أخرى

(أي حوالي ٥٠ ٪) . بعض من هذه المخاطر المحددة للتبغ ، وبعضها شائع مع التعرض لأي من اضطراب تعاطي المخدرات .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية

: Culture-Related Diagnostic Issues

الثقافات / والثقافات الفرعية تختلف على نطاق واسع في قبولها لاستخدام التبغ . وقد انخفض معدل انتشار من تعاطي التبغ انخفض في الولايات المتحدة من عام ١٩٦٠ وخلال عام ١٩٩٠ ، ولكن هذا الانخفاض أقل وضوحا في الأمريكيين من أصل أفريقي ، والسكان من أصل أسباني .

كما يُعد التدخين في البلدان النامية من أكثر معدلات الانتشار مما هو عليه في الحالات المتقدمة . وتختلف درجة هذه الاختلافات الثقافية بسبب الدخل ، والتعليم ، وأنشطة مكافحة التبغ في البلدان الأخرى . ويعد المدخنين البيض - غير اللاتينيين - أكثر عرضة لتطوير استخدام اضطراب التبغ .

وقد تكون هناك بعض الاختلافات العرقية البيولوجية القائمة بين ذكور الأميركيين الأفارقة ، والذين يميلوا إلى أن يكونوا بنسب أعلى فى مستويات النيكوتين في الدم نتيجة تدخين أعداداً أكبر من السجائر ، والذى يترافق مع صعوبة أكبر في الإقلاع عن التدخين . وأيضاً ، مع سرعة التمثيل الغذائي للنيكوتين ، والذى يختلف كثيراً بين البيض مقارنة مع الحالات الأميركيين الأفارقة ، والتى ويمكن أن تختلف وفقاً للمورثات المرتبطة بالأعراق .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

شيوع أول أكسيد الكربون في التنفس ، إضافة إلى زيادة نسب النيكوتين [1] والكوتينين (أحد نواتج ايض النيكوتين الدم) ، واللعاب ، أو البول ، ويمكن استخدام

---

(١) النيكوتين **(Nicotine)** هو مركب عضوي شبه قلوي وسام. يوجد في الطبيعة في جميع أجزاء نبات التبغ، مع تركيز أكبر في الأوراق على شكل سيترات أو مالات. يشكل من ٠,٣ إلى ٥٪ من النبات بالوزن الجاف، والتركيب الحيوي يوجد في الجذور، ويجمع في الأوراق. يوجد النيكوتين كذلك، إلى جانب التبغ، في الطماطم، البطاطس، الفلفل الأخضر، والباذنجان وغيرها. كما أنه يوجد أيضاً في أوراق نبات الكوكا .تستخدم النباتات وخاصة التبغ النيكوتين كوسيلة للدفاع عن نفسها ضد الحشرات.

تلك الأعراض لقياس مدى استخدام التبغ الحالي أو النيكوتين ، ولكن هذه الفحوصات تتم فقط فيما يتعلق اضطراب تعاطي التبغ .

العواقب الوظيفية من اضطراب استخدام التبغ :

العواقب الطبية لاستخدام التبغ في كثير من الأحيان ، تبدأ مع مستخدمي التبغ في سن الأربعين وعادة ما تصبح أكثر إنهاكاً بصورة تدريجية على مر الزمن ، وقد يتعرض (حوالي ٥٠ ٪) . من المدخنين الذين لا يتوقفوا عن التدخين ، إلى خطر الموت في وقت مبكر من مرض ذات الصلة بالتبغ ، والمرتبط بالتدخين ، وتحدث تلك الأمراض في أكثر من نصف مستخدمي التبغ . كما تؤيد معظم الفحوصات الطبية إلى التعرض لأول أكسيد الكربون ، والقطران ، وغيرها من مكونات من غير النيكوتين الناتجة من التبغ .

المؤشر الرئيس على العودة إلى الوراء هو مدة التدخين : حيث يزيد التدخين السلبي من مخاطر الإصابة بأمراض القلب والسرطان بنسبة ٣٠٪ مع الاستخدام طويل الأمد للأدوية المضادة لتأثيرات النيكوتين .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الأمراض الطبية الأكثر شيوعاً هى أمراض القلب والأوعية الدموية مع التدخين المزمن ، إضافة إلى مرض الانسداد الرئوي ، وأمراض السرطان .

كما يزيد التدخين أيضاً من مشاكل في الفترة المحيطة بالولادة ، ويؤدى إلى انخفاض وزن المولود والإجهاض .

أما الأمراض المصاحبة للأمراض النفسية الأكثر شيوعاً فهي الكحول المخدرات ، والاكتئاب ، والهوس الاكتئابي ، والقلق ، واضطرابات الشخصية ، وذلك في الأفراد الذين يعانون من اضطراب تعاطي التبغ الحالي ، أما معدل الانتشار الحالي لاضطرابات الكحول ، والمخدرات ، والقلق ، والاكتئاب بين القطبين ، واضطراب الشخصية فتراوح بين ٢٢ ٪ إلى ٣٢ ٪ . ويعد المدخنين الأكثر عرضة للاضطرابات التى تعتمد على النيكوتين .

الانسحاب للتبغ :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F17.203) :

A . الاستخدام اليومي من التبغ لعدة أسابيع على الأقل .

B . الإقلاع المفاجئ عن تعاطي التبغ ، أو انخفاض في كمية التبغ المستخدمة ، في غضون ٢٤ ساعة من قبل أربعة (أو أكثر) من العلامات أو الأعراض التالية : -

١. والتهيج ، والإحباط ، أو الغضب .

٢. القلق .

٣. صعوبة في التركيز .

٤. زيادة الشهية .

٥. الأرق .

٦. المزاج المكتئب .

٧. زيادة فى شدة الأرق .

C . علامات أو أعراض في المعيار B يسبب ضائقة مهمة سريرياً أو مع ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مهم من أداء .

D . علامات أو أعراض لحالة طبية أخرى ولا يفسر بشكل أفضل مع اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى أو الانسحاب من آخر جوهر .

ملاحظة عن الترميز : رمز ICD-9-CM هو رمز ICD-10-CM لانسحاب التبغ هو F17.203. والذى يدل على وجود الحالة المرضية من المعتدلين أو اضطراب التعاطي الشديد للتبغ ، مما يعكس حقيقة انسحاب التبغ ، والذى يمكن أن يحدث فقط في وجود اضطراب تعاطي التبغ المعتدل أوالشديد ، فلا يجوز تكويد معتدل لاضطراب تعاطي التبغ ، مع حالة مرضية مع التبغ .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

أعراض الانسحاب تُضعف القدرة على وقف استخدام التبغ . كما قد يواجهوا أعراض عدم ممارسة الجنس بعد الامتناع عن التبغ / حيث أن جزء كبير منه قد يكون بسبب الحرمان من النيكوتين ، أما الأعراض الأكثر كثافة بين الأفراد الذين يدخنون السجائر / مع الذين لا يدخنون (التدخين السلبى)

ويرجع الاختلاف في شدة الأعراض إلى مستويات تتميز ببداية سريعة وأعلى من النيكوتين مع تدخين السجائر ، كما يعد انسحاب التبغ هو الشائع بين مستخدمي التبغ بصفة يومية ، أو مع وقفه أو تقليصه ، والذى يمكن أن يحدث أيضاً بين المستخدمين .

وعادة ، ما تقل معدلات ضربات القلب بنحو (٥-١٢ نبضة / في الدقيقة) في أول أيام قليلة من بعد التوقف عن التدخين ، ويزيد الوزن بمتوسط ٤-٧ رطل (٢-٣ كجم) خلال السنة الأولى بعد التوقف عن التدخين . كما أن انسحاب التبغ يمكن أن ينتج عنه سريرية هامة ، وتغيرات في المزاج واضطراب وظيفي .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

يرتبط الحنين (الشوق لتعاطى المادة الأفيونية) للأطعمة الحلوة أو السكرية وضعف الأداء ، الذى يرتبط بالمهام التي تتطلب اليقظة مع انسحاب التبغ ، والامتناع عن ممارسة الجنس الذى يمكن أن يزيد من الإمساك ، والسعال ، والدوخة ، والحلم بالكوابيس ، والغثيان ، والتهاب الحلق .

كما يزيد التدخين من عملية التمثيل الغذائي للعديد من الأدوية المستخدمة في علاج الاضطرابات النفسية ، وبالتالي ، فإن الإقلاع عن التدخين يمكن أن يُسهم فى زيادة مستويات الدم من هذه الأدوية ، وهو ما يمكن أن ينتج ضائقة سريرية هامة ، وهذا التأثير يبدو أنه يعود ليس للنيكوتين - بمفرده - وإنما أيضاً لغيره من مركبات في التبغ .

معدل انتشار Prevalence :

حوالي ٥٠ ٪ من مستخدمي التبغ الذين يقلعون عن التدخين لمدة يومين أو أكثر لديهم الأعراض التي تلبي معايير الانسحاب من التبغ . أما العلامات والأعراض الأكثر شيوعاً فمنها القلق ، والتهيج ، وصعوبة التركيز ، فى حين تبين بأن الأعراض الأقل شيوعاً هي الاكتئاب والأرق .

دورة التنمية Development and Course :

يبدأ انسحاب التبغ عادة في غضون ٢٤ ساعة من وقف أو خفض استخدام التبغ ، وتصل قمته في ٢-٣ أيام بعد الامتناع عن ممارسة الجنس ، ويستمر لمدة ٢-٣ أسابيع . ويمكن أن يحدث انسحاب التبغ بين مستخدمي التبغ للمراهقين ، حتى قبل استخدام التبغ بصفه يومية ، ومن غير الشائع أن تطول الأعراض لما بعد شهر واحد .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : المدخنين الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القطبين ، واضطرابات القلق ، واضطراب نقص الانتباه ، وغيرها من اضطرابات تعاطي المخدرات ، وقد يعانى المدخنين من شدة الانسحاب .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : الأسلوب الجيني يمكن أن يؤثر في احتمال انسحاب على الامتناع عن ممارسة الجنس .

علامات التشخيص Diagnostic Markers :

شيوع أول أكسيد الكربون في التنفس ، إضافة إلى زيادة نسب النيكوتين، والكوتينين (أحد نواتج أيض النيكوتين الدم) ، واللعاب ، أو البول ، ويمكن استخدام تلك الأعراض لقياس مدى استخدام التبغ الحالي أو النيكوتين ، ولكن هذه الفحوصات تتم فقط فيما يتعلق اضطراب تعاطي التبغ .

العواقب الوظيفية للتبغ الانسحاب :

الامتناع عن السجائر يمكن أن يسبب ضائقة مهمة سريرياً : كما يعوق الانسحاب القدرة على وقف أو السيطرة على تعاطي التبغ . أما إذا كان انسحاب التبغ يمكن أن يسبب الاضطراب العقلي أو تكرار اضطراب عقلي ، والذى يمكن أن يكون في أقلية صغيرة من مستخدمي التبغ .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

أعراض الانسحاب من التبغ : تتداخل مع متلازمات مادة الانسحاب الأخرى (على سبيل المثال : انسحاب الكحول ؛ مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق الانسحاب؛ انسحاب المنشطات ؛ انسحاب الكافيين؛ انسحاب الأفيونية)؛ تسمم الكافيين ؛ القلق ، الاكتئاب ، الهوس الاكتئابي ، واضطرابات النوم ، التي يسببها الدواء ، وتعذر الجلوس . وقد يؤدى الإقلاع الطوعى عن التدخين للحث على أعراض الانسحاب ، والذى قد يحدث أعراضاً مشابهة لاضطرابات الآثار الضارة للأدوية التى تستخدم لعلاج الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال : التهيج يعتقد الذى يعود إلى انسحاب الكحول / والذى يمكن أن يكون نتيجة للانسحاب من التبغ) . كما يحدث انخفاض في الأعراض مع استخدام أدوية النيكوتين .

الاضطرابات الأخرى يسببها التبغ :

ومنها اضطراب النوم الناجم عن التبغ في فصل "اضـطرابات النـوم / الاسـتيقاظ" (انظر اضطرابات النوم الناتجة عن مادة دوائية) .

اضطراب التبغ المتصلة غير المحددة (F17.209) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للفوضى الـتي تـسبب ضـيق سـريري هام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة عن أي اضطراب مرتبطة بالتبغ المحـدد ، أو مـع أي من اضطرابات الجوهر ذات الصلة باضطرابات الإدمان لفئة التشخيص .

الاضطرابات المتصلة بالمادة :

- اضطراب استخدام ماده أخرى (غير معروفة) .
- مادة التسممى أخرى (غير معروفة) .
- مادة الانسحاب أخرى (غير معروفة) .
- الاضطرابات الناتجة عن مادة أخرى (غير معروفة) .
- غير محدد أخرى (غير معروفة) والمتصلة باضطراب المخدرات .

اضطراب استخدام ماده أخرى (غير معروفة) :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A. أسلوب إشكالية استخدام المادة المسكرة التى لا تصنف ضمن الكحول؛ الكـافيين؛ الحشيش المخدر ؛ المهلوسات (فينسيكليدين وغيرها)؛ مواد التنـشق؛ الأفيونيـة؛ مهدئ ، منوم ، أو مزيـل القلـق؛ منبـه ، أو فئـات التبـغ والمـسهمة فى ضـعف سريري هام أو محنة ، كما تتجلى من قبل اثنين على الأقل مما يحدث خـلال فتـرة الـ ١٢ شهراً من الأعراض التالية : -

١. غالباً ما تتخذ هذه المادة بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصود .

٢. هناك رغبـة مـستمرة أو جهـود غـير ناجحـة للخفـض أو الـسيطرة علـى استخدام الجوهر .

٣. ينفق قدراً كبيراً من الوقـت في الأنـشطة غـير الـضرورية للحـصول علـى المادة ، أو على الشفاء من آثارها .

٤. الرغبة القوية في استخدام هذه المادة .

٥. الاستخدام المتكرر للمادة مما يؤدى إلى عدم الوفاء بالالتزامات التى لها دور رئيس في العمل ، المدرسة ، أو المنزل .

٦. استمرار استخدام المادة على الرغم من وجود المشكلات المستمرة أو المتكررة الاجتماعية أو الشخصية ، أو المشاكل الناجمة أو التي تفاقمت بسبب آثار استخدامه .

٧. تردى الأنشطة الاجتماعية والمهنية ، أو الترفيهية الهامة وتخفيضها نتيجة لاستخدام هذه المادة .

٨. الاستخدام المتكرر للمادة في الحالات التي قد تكون خطرة جسدياً .

٩. استمرار استخدام المادة على الرغم من وجود المعرفة المتكررة المستمرة بالمشاكل المادية أو النفسية والتى من المرجح أن تكون ناجمة أو متفاقمة من الجوهر .

١٠. التسامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . أسلوب لزيادة كميات ملحوظة من المواد لتحقيق التسممى أو التأثير المطلوب .

ب . هناك تأثير تقلص بشكل ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المواد المخدرة .

١١. الانسحاب ، كما تجلى من قبل أي من الإجراءات التالية : -

أ . متلازمة الانسحاب المميزة الأخرى (غير معروفة) مادة (يرجى الرجوع إلى معايير A , B من مجموعات معايير أخرى [أو غير معروفة] ناتجة عن انسحاب المواد المخدرة) .

ب . يتم أخذ مادة (أو مادة ذات صلة وثيقة) لتخفيف أو تجنب الانسحاب من الأعراض .

تحديد ما إذا : -

تحسن إختفاء الأعراض في وقت مبكر : بعد المعايير الكاملة لأخرى (غير المعروفة) مع اضطراب تعاطي المخدرات السابق ، مع أى معايير أخرى (غير معروفة)

مع اضطراب المادة المستخدمة ، والتى يتم الوفاء بها لمدة ٣ أشهر على الأقل ولكن أقل من ١٢ شهراً (مع استثناء المعيار A4 ، " الحنين / أو الرغبة القوية فى الحث على استخدام مادة " لا يجوز الحد منها) .

تحسن واختفاء مستمر للأعراض : بعد تطبيق المعايير الكاملة لأخرى (غير معروفة) لاضطراب المادة المستخدمة والتى تلتقى في وقت سابق ، مع أياً من المعايير الأخرى (غير المعروفة) من اضطراب المادة المستخدمة ، والتى تلتقى في أي وقت خلال فترة ١٢ شهراً أو أكثر (مع استثناء المعيار A4 " الحنين ، / أو الرغبة القوية فى الحث على استخدام المادة) .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : ويستخدم التشخيص هنا كمحدد إضافي إذا كان الفرد في بيئة يتم فيها تقييد الوصول إلى الجوهر .

رمز بناء الشدة الراهنة : ملاحظة لرموز ICD-10-CM : إذا كانت بسبب مادة أخرى (غير معروفة) خاصة بالتسممى ، وغيرها (غير المعروفة) أو نتيجة انسحاب المواد المخدرة ، أو أخرى (غير معروفة) والناجمة عن مادة الاضطراب العقلي الحالي ، ولا تستخدم الرموز الأخرى أدناه (غير المعروفة) لاضطراب تعاطي المخدرات / وبدلا من ذلك ، يستخدم آخر حالة مرضية (غير معروفة) ويشار إلى اضطراب تعاطي المخدرات / مع اضطرابات الشخصية ، أما الاضطراب الناجم عن مادة الرمز (راجع ملاحظة الترميز لمادة لأخرى (غير معروفة) ومادة تسمم ، وغيرها (غير معروفة) وانسحاب المواد المخدرة ، أو التي يسببها اضطراب عقلي لمادة محددة أخرى (غير معروفة) .

على سبيل المثال ، إذا تم هناك أخرى (غير معروفة) مادة الناجم عن اضطراب الاكتئاب وغيرها (غير معروفة) اضطراب تعاطي المخدرات ، إلا أن الأخرى (غير معروفة) substanceinduced وتعطى كود اضطراب الاكتئاب ، مع الطابع ٤ بيان ما إذا كان الحالة المرضية أخرى (غير معروفة) اضطراب استخدام مادة خفيفة ، معتدلة أو شديدة : FI 9.14 لأخرى (غير معروفة) مادة اضطراب استخدام مع أخرى (غير معروفة) الناجم عن مادة الاكتئاب اضطراب أو FI 9.24 لأخرى (غير معروفة)

اضطراب استخدام مادة معتدلة أو شديدة مع غيرها (غير معروفة) الناجم عن مادة اضطراب الاكتئاب .

تعيين خطورة الحالة : -

- (FI 9.10) معتدلة : وجود ٢ -٣ الأعراض .
- (FI 9.20) متوسطة : وجود ٤-٥ أعراض .
- (F19.20) شديدة : وجود ٦ أو أكثر من أعراض .

المواصفات المحددة Specifiers :

في البيئة المسيطرعليها : ينطبق باعتباره محدد من العفو والصفح إذا كان الفرد سواء في العفو والصفح وفي البيئة المسيطر عليها (أي في وقت مبكر من العفو والصفح للرقابة البيئة أو في العفو والصفح المستدام في البيئة المسيطر عليها) . الأمثلة على البيئة المسيطر عليها تتضح فى بيئات السجون الخالية من المضمون ، المجتمعات العلاجية ، والمستشفيات .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

التشخيص DASS : التشخيص الأخر (غير معروف) حول استخدام المواد المخدرة والاضطرابات ذات الصلة بالاضطرابات المرتبطة بمادة لا علاقة لها بالكحول ؛ والكافيين ؛ والحشيش المخدر؛ ومهلوسات (فينسيكليدين وغيرها) ؛ ومواد التنشقات؛ الأفيونيات؛ والمسكنات ، والمنومات ، أو مزيلات القلق؛ والمنشطات (بما في ذلك الأمفيتامين والكوكايين) ، أو التبغ .

وتشمل هذه المواد المنشطات ؛ الأدوية المسكنة المضادة للالتهابات؛ الكورتيزول؛ الأدوية انتيباركينسونيان ؛ مضادات الهيستامين ؛ أكسيد النيتروس ؛ الأميل بوتيل ، ونتريت الأستيوفينون ؛ نبات التنبول (والذي يمضغ في كثير من الثقافات لإنتاج نشوة خفيفة والإحساس العائم)؛ والكافا (نبات الفلفل من جنوب المحيط الهادئ) ، والتي ينتج التخدير ، وضعف التناسق ، وفقدان الوزن ، والتهاب الكبد الخفيف ، وتشوهات في الرئة ، (بما في ذلك وكلاء مضغ القات ، والكيميائية الاصطناعية لمشتقاته) والتي تنتج آثار المنشطات، والاضطرابات ذات الصلة بمادة غير معروفة مرتبطة بمواد مجهولة ، مثل تسممى المخدرات التي يتم بلعها ، أو اضطرابات

تعاطي المخدرات التي تنطوي على العقاقير ، والتي تباع بشكل غير قانوني تحت أسماء وهمية .

أخرى (غير معروفة) : اضطراب تعاطي المخدرات هو اضطراب عقلي ناتج عن الاستخدام المتكرر من مادة أخرى أو غير معروفه ولا تزال مستمرة ، على الرغم من معرفة الفرد أن هذه المادة هي التي تسبب مشاكل خطيرة بالنسبة له . وتنعكس هذه المشاكل في معايير التشخيص ، بما يعرف بالجوهر ، وينبغي أن ينعكس ذلك في تسمية هذا الاضطراب وعلى الترميز (على سبيل المثال : اضطراب استخدام أكسيد النيتروس) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

اضطراب استخدام مادة من قبل الفرد يدعم تشخيص أخرى (غير معروفة) مع أن بيان هذه المادة المعنية ليست من بين الفصول التسعة الواردة في هذا الفصل ، وبحلول الحلقات المتكررة من التسممي ، ومع نتائج سلبية في نسب المخدرات القياسية (التي قد لا تكشف عن مواد جديدة أو نادرا ما تستخدم) ، أو عن طريق وجود أعراض مميزة للمادة التي قد ظهرت حديثا في المجتمع .

بسبب زيادة الوصول إلى أكسيد النيتروس[1] (غاز الضحك) ، ويرتبط السكان مع تشخيص اضطراب استخدام أكسيد النيتروس . كما يستخدم هذا الغاز كعامل مخدر لسوء من قبل بعض أصحاب المهن الطبية وخدمات طب الأسنان . كما يساء استخدام أكسيد النيتروس من قبل المراهقين والشباب ، لا سيما بين أولئك الذين يستنشقون أيضاً متقلبة الهيدروكربونات . وقد يسفر ذلك عن مضاعفات طبية خطيرة ، مع ظروف نفسية ، بما في ذلك myeloneuropathy ، انحطاط الحبل الشوكي تحت الحاد ،

(١) أكسيد النيتروس **Nitrous oxide** : يعرف أيضا بأكسيد النيتروجين الثنائي أو أحادي أكسيد ثنائي النيتروجين وهو مشهور باسم غاز الضحك لآثاره المنشطة عند استنشاقه، وهو مركب كيميائي بالصيغة الكيميائية **O2N**، في الحالة الطبيعية هو غاز عديم اللون، غير قابل للاشتعال، له رائحة محببة للنفس، شبه حلوة .

والاعتلال العصبي الطرفي ، والذهان . المرتبط بشروط تشخيص اضطراب النيتروس أيضاً بسبب استخدام أكسيد النيتروس .

كما لوحظ وجود غازات نتريت الأستيوفينون لدى بعض المراهقين ، وخاصة أولئك الذين لديهم اضطراب سلوكى ناتج عن العوامل العضوية ، والتى قد تترافق مع تشخيص اضطراب بوتيل ، أو استخدام الأستيوفينون النتريت . ومع ذلك ، لم يتم التوصل إلى أن هذه المواد تنتج اضطراب تعاطي المخدرات ، والذى يرتبط عموما مع المخاطر المرتفعة من الانتحار .

معدل الانتشار Prevalence :

استنادا إلى بيانات محدودة للغاية : فإن معدلات الانتشار الأخرى (غير معروفة) عن مادة اضطراب استخدام أقل احتمالا ، والذى ينطوي على استخدام أصناف المواد التسعه في هذا الفصل .

دورة التنمية Development and Course :

لا يوجد أسلوب واحد يمكن أن يميز الاضطرابات المتنوعة لاستخدام العقاقير أو المواد الأخرى (غير المعروفة) . أما اضطرابات تعاطي المخدرات - في كثير من الأحيان - غير معروفة ، والتي سيعاد تصنيفها مع مادة غير معروفة يتم التعرف في نهاية المطاف DSM-5.

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر والعوامل المنذرة لأخرى (غير معروفة) : ويعتقد أن اضطرابات تعاطي المخدرات قد تكون مماثلة لتلك السائدة مع معظم الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة ، والتى تشمل وجود أي حالة أخرى الاضطرابات تعاطي المخدرات ، واضطراب السلوك ، أو اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، وذلك في الفرد أو الأسرة ؛ وذلك فى وقت مبكر من بداية التعامل مع مشاكل المخدرات ؛ وييسر سهولة الحصول على هذه المادة في بيئة الفرد؛ إضافة إلى سوء المعاملة في مرحلة الطفولة ، أو مع الأحداث الصادمة ، مع الأدلة المبكرة من السلوك الفاضح .

تشخيص القضايا المرتبطة بالثقافة Culture-Reiated Diagnostic issues:

قد ترتبط بعض الثقافات مع تلك الاضطرابات الناجمة عن تعاطي أو مع مادة أخرى (غير معروفة) والتي تنطوي على مواد محددة داخل المنطقة الثقافية ، مثل نبات التنبول .[1]

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

اختبارات البول ، والتنفس : أو اللعاب قد يحدد المادة التى يشيع استخدامها بشكل صحيح ، ومع ذلك فإن التجارب السريرية الروتينية عادة لا يمكن تحديدها بدقة ، خاصة مع المواد غير عادية حقا أو المواد الجديدة ، والتي قد تتطلب إجراء اختبارات في مختبرات متخصصة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

استخدام المواد أخرى أو مجهولة دون تلبية معايير أخرى (غير معروفة) .

اضطراب تعاطي المخدرات : ويتم باستخدام مواد غير معروفة بين المراهقين ، ولكن معظم هذه الاستخدامات لا تلبي معايير التشخيص (مع اثنين أو أكثر من معايير أخرى غير معروفة) والتى تُشخص مع اضطراب تعاطي المخدرات في العام السابق .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : وقد تحدث بصورة مشتركه مع مختلف الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة ، وأعراض الاضطرابات التى قد تكون مشابهة ومتداخلة ، ولفصل أنماط الأعراض ، فإنه من المفيد الاستفسار حول أي الأعراض التىاستمرت خلال الفترات الماضية .

مادة أخرى (غير معروفة) التي يسببها دواء الاضطراب : ينبغي لهذا التشخيص أن يكون هناك تباين من الحالات التى تجتمع مع أعراض الفرد / وفقاً للمعايير الكاملة لأحد الاضطرابات التالية :

---

(١) نبات التنبول Betel Chewing /Paan وهو عبارة عن خليط من بذور الفوفل Areca nut وهي بذور نبات الحضض الهندي واسمه العلمي Areca catechu من العائلة النخلية Palmae وأوراق التنبول والجير المطفي تستعمله شعوب جنوب آسيا وشبه القارة الهندية للمعالجة ولتحسين رائحة الفم. وهناك دلائل تشير إلى أن هذه المضغة من المسببات للسرطان.

التي يسببها اضطراب مادة أخرى أو غير معروفة للهذيان ، اضطراب عصبي رئيس أو خفيف ، واضطراب ذهاني ، اضطراب الاكتئاب ، اضطرابات القلق ، العجز الجنسي ، أو اضطراب النوم .

الحالات الطبية الأخرى : الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات ، بما في ذلك أخرى (غير معروفة) مثل اضطراب تعاطي المخدرات ، فقد يعانون من أعراض العديد من الاضطرابات الطبية .

هذه الاضطرابات قد تحدث أيضاً في غياب الأخرى (غير المعروفة) مع اضطراب تعاطي المخدرات . وهناك تاريخ من الاستخدام الضئيل أو المعدوم من المواد الأخرى ، واضطراب تعاطي المخدرات كمصدر رئيس لكل هذه المشاكل .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

اضطرابات تعاطي المخدرات : بما في ذلك الأخرى (غير معروفة) من اضطراب تعاطي المخدرات ، والتى عادة ما ترجع إلى حالة مرضية مثل السلوك المعادي للمجتمع لدى المراهقين، واضطراب الكبار ، واضطراب الشخصية ، مع التفكير بالانتحار .

مادة التسممى أخرى (غير معروفة) :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . تطور متلازمة المواد المحددة ، والتى تعزى إلى ابتلاع أو التعرض للمادة التي لا يتم سردها (أو غير معروفة) .

B . تمثل التغيرات السلوكية أو النفسية إشكالية سريرية هامة تُعزى لتأثير هذه المادة على الجهاز العصبي المركزي (على سبيل المثال : الجهاز العصبي المركزى المتضرر ، والإثارة الحركية ، أو التخلف ، والنشوة ، والقلق ، والعداء ، وعطوبية المزاج ، وضعف الإدراك ، وضعف الحكم ، والانسحاب الاجتماعي) والذى تطويره أثناء أو بعد فترة وجيزة ، من استخدام هذه المادة .

C . علامات أو أعراض لا تعزى إلى حالة طبية أخرى ، ولا تفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك التسممى بمادة أخرى .

ملاحظة عن الترميز : رمز ICD-9-CM هو رمز ICD-10-CM يعتمد على ما إذا هناك اضطراب من تعاطي المخدرات لحالة مرضية أخرى (غير معروفة) وتنطوي على نفس المادة .

وإذا كان هناك اضطراب استخدام مادة خفيفة أخرى (غير معروفة) مع حالة مرضية ، وICD-10-CM فيرمز FI 9.129 ، وإذا كان مادة أخرى (غير معروفة) لاضطراب استخدام مادة معتدلة أو شديدة مع حالة مرضية ، فيرمز ICD-10-CM هو FI 9.229. وإذا لم يكن مادة أخرى (غير معروفة) مع حالة مرضية تنطوي على اضطراب استخدام نفس المادة ، فيرمز ICD-10-CM هو F19.929.

ملاحظة : للحصول على معلومات حول المخاطر والعوامل المنذرة والثقافة المتصلة بتشخيص القضايا وتشخيص الأعراض ، راجع الأقسام المناظرة في مادة استخدام الفوضى أخرى (غير معروفة) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

مادة السكر الأخرى (غير المعروفة) هو اضطراب عقلي سريري هام، يمكن أن يتطور أثناء أو بعد مباشرة من استخدام مادة / تعالج في مكان آخر في هذا الفصل / مثل (الكحول؛ الكافيين؛ الحشيش المخدر؛ فينسيكليدين والمهلوسات الأخرى؛ ومواد التنشقات ؛ الأفيونيات ؛ المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق؛ والمنشطات ، والتبغ) .

مادة غير معروفة : إذا كان من المعروف أن مادة ، ينبغي أن تنعكس مع اسم اضطراب على الترميز ، فيتم تطبيق المعايير التشخيصية لأخرى (غير المعروفة) .

أما تسممى الجوهر هو صعب للغاية : (المعيار A) والذى يتطلب وضع عكسها " متلازمة مادة محددة " ولكن إذا كانت المادة غير معروفه ، فعادة ما تكون المتلازمة غير معروفة . ولحل هذا الصراع ، قد يطلب الأطباء من الفرد الحصول على ضمانات التاريخ المرضى ، وإذا كان الفرد قد شهد حلقة مماثلة بعد استخدام المواد من نفس المصدر .

أما متلازمة المادة غير المعروفة في السابق فقد تكون متاحة حالياً : وذلك بسبب مجموعة كبيرة ومتنوعة من المواد المسكرة . (المعيار B) ويمكن تقديم أمثلة واسعة فقط من علامات وأعراض التسممى ، مع عدم وجود الحد الأدنى لعدد الأعراض المطلوبة للتشخيص ؛ ويستند الحكم السريري على تلك الأدلة والقرارات . (المعيار C) ويتطلب ذلك استبعاد غيرها من الشروط الطبية ، أو الاضطرابات النفسية ، أو تسمم .

معدل انتشار Prevalence :

معدلات الانتشار الأخرى (غير معروفة) لمادة التسمم .

دورة التنمية Development and Course :

وعادة ما يظهر تسمم ثم خلال دقيقة ، ويصل إلى الذروة خلال ساعات بعد استخدام المادة ، ولكن البداية تختلف مع مضمون وطريقة التعاطي للمخدرات . وعموما ، فإن المواد المستخدمة عن طريق الاستنشاق الرئوي والحقن في الوريد لديها بداية عمل أسرع ، في حين أن تناولها عن طريق الفم يتطلب عملية تمثيل غذائي لتنشيط المنتج وهي أبطأ بكثير . (على سبيل المثال : بعد تناول بعض الفطر ، فقد لا تظهر دلائل على تسمم قاتل في نهاية المطاف لبضعة أيام) وعادة فإن آثار التسممى تتضح في غضون ساعات إلى بضعة أيام . ومع ذلك ، يجوز تماما القضاء على غاز مخدر مثل أكسيد النيتروس بعد دقائق من انتهاء الاستخدام . وفي الطرف الآخر فإن بعض " الكر والفر " للمواد المسكرة ، والمواد المنظمة للسم ، وقد يترتب عليه ترك عاهات دائمة . على سبيل المثال : MPTP (ميثيل -4- فينيل L ، 2,3,6 – tetrahydropyridine) ، وقد يحدث تلويث معين في التركيبة الأفيونية ، فيتم قتل خلايا الدوبامين والذى يستحث الشلل الرعاش الدائم في المستخدمين الذين سعوا للتسممى الأفيوني .

الآثار الوظيفية لمادة التسممى الأخرى (غير معروفة) :

ضعف من التسممى مع أي مادة قد تكون لها عواقب خطيرة ، بما في ذلك اختلال وظيفي في العمل ، الاجتماعي الطائش ، مع مشاكل في العلاقات الشخصية ، والفشل على الوفاء بالالتزامات ، وحوادث المرور ، والسلوكيات عالية المخاطر (أي وجود الجنس دون وقاية) والمادة أو الدواء بجرعة زائدة ، كما يختلف أسلوب العواقب مع مادة معينة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

استخدام الأخرى أو مجهولة المضمون ، دون تلبية معايير أخرى (غير معروفة) مع تسمم الجوهر . ويستخدم الفرد مادة أخرى أو غير معروفة ، ولكن بجرعة غير كافية لإنتاج الأعراض التي تلبي معايير التشخيص اللازمة للتشخيص .

تسمم مادة أو مادة غيرها من الاضطرابات التي يسببها الدواء : المواد المألوفة يمكن بيعها في السوق السوداء كمنتجات متداولة ، وقد يواجه الأفراد تسمم مع تلك المواد . والذى يتأثر بالتاريخ المرضى ، وبنسب علم السموم ، أو بالاختبار الكيميائي للمادة نفسها ، والذى قد يساعد فى التعرف عليه .

أنواع مختلفة أخرى (غير معروفة) والمرتبطة باضطرابات الجوهر : وقد تؤدى حلقات أخرى (غير معروفة) لإحداث تسمم خلال تعاطى مادة ، ولكنها تختلف عن الأخرى (غير المعروفة) .

أما اضطراب تعاطي المخدرات ، غير المحدد الآخر (غير المعروف) فقد يرتبط بالاضطراب المتعلق بالجوهر ، وغيرها من (غير المعروفة) للاضطرابات الناجمة عن الجوهر .

كما تضعف وظائف الدماغ نتيجة الأيض ، والصدمة ، والأورام ، والأوعية الدموية ، أو اضطرابات معدية سامة أخرى ، والتي تضعف وظائف الدماغ والإدراك . كما أن العديد من الظروف الطبية العصبية وغيرها قد تنتج سرعة ظهور علامات وأعراض التسممى ، كما يجب أن تحكم تلك الأعراض معيار (B) . والمتصل بمفارقات الانسحابات من المخدرات ، وعلى سبيل المثال : قد تشير إلى الخمول ، والانسحاب من دواء واحد ، أو تسمم مع دواء آخر .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

وكما هو الحال مع جميع الاضطرابات المتعلقة الجوهر ، واضطراب سلوك المراهق ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع للكبار ، وغيرها من اضطرابات تعاطي المخدرات التى تميل إلى المشاركة مع ما يحدث مع الآخرين (غير معروفة) والمتعلقة بتسمم الجوهر .

الانسحاب من مادة أخرى (غير معروفة) :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F19.239) :

A . وقف (أو خفض) استخدام المادة الثقيلة أو طويلة الأمد .

B . تطوير متلازمة مواد محددة بعد وقت قصير من وقف (أو تخفيض) استخدام المواد المخدرة .

C . متلازمة مادة محددة تسبب ضائقة مهمة سريرياً أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من الأداء المهم .

D . لا تعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى ولا تفسر بصورة أفضل / مع اضطراب آخر ، بما في ذلك الانسحاب من مادة أخرى .

E . لا يمكن تصنيفها تحت أي من فئات جوهر مادة أخرى مثل : (الكحول ؛ الكافيين ؛ الحشيش المخدر؛ الأفيونيات ؛ المهدئات ، المنومات ، أو مزيلات القلق؛ المنشطات؛ أو التبغ) أو غير معروف .

ملاحظة عن الترميز : رمز دليل الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية التاسع ICD-9-CM ورمز الدليل العاشر ICD-10-CM لمادة أخرى (غير معروفة) ، من مادة الانسحاب هو F19.239.

ويلاحظ أن رمز ICD-10-CM يدل على وجود حالة مرضية أخرى (غير معروفة) مع اضطراب استخدام مادة معتدلة أو شديدة ، والتي لا يجوز ترميزها بأخرى (غير معروفة) مع اضطراب استخدام المخدرات نتيجة حالة مرضية أخري (غير معروفة) نتيجة مادة الانسحاب .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

انسحاب مادة الاضطراب العقلي السريري الهام ، يمكن أن يتطور (أثناء أو في غضون بضع ساعات) إلى أيام بعد تقليل أو إنهاء الجرعات مع مادة (معايير A,B) . وذلك على الرغم من خفض الجرعة الأخيرة أو إنهاء عادة واضحة في تاريخ الفرد المرضى ، والإجراءات التشخيصية الأخرى الصعبة للغاية ، فى حالة إذا كان الدواء غير معروف .

المعيار **B** يتطلب تطوير"متلازمة مواد محددة" (أي يجب أن الفرد علامات وأعراض تتوافق مع متلازمة الانسحاب المعروف للعقار الذى توقف عنه مؤخرا) شرط - نادرا - ما يمكن أن تتحقق مع جوهر من العقار المجهول . بالتالي ، يجب ألا يتم توجيه الحكم السريري على مثل هذه القرارات ، عندما تكون هذه المعلومات محدودة .

ويتطلب المعيار D استبعاد الحالات الطبية الأخرى ، والاضطرابات النفسية ، أو السحب من المواد المألوفة . وعندما يعرف الجوهر ، ينبغي أن ينعكس ذلك في تعديل

مُسمى الاضطراب ، وعلى ترميزه (على سبيل المثال : الانسحاب من نبات التنبول) .[1]

معدل الانتشار Prevalence :

معدلات الانتشار Prevalence الأخرى (غير معروفة) مثل انسحاب من مادة غير معروفة .

دورة التنمية Deveiopment and Course :

تظهر علامات الانسحاب عادة بضع ساعات من إنهاء استخدام المادة المحددة ، وتختلف بداية الإنسحاب اختلافا كبيراً ، وذلك اعتماداً على الجرعة التي تستخدم عادة من قبل الشخص، ومعدل القضاء على المادة المحددة من الجسم ، ويتضمن الانسحاب من أعراض بعض المواد - في ذروة شدتها - وتشمل المستويات المعتدلة فقط من الانزعاج ، وقد يكون الانسحاب من مواد أخرى قاتلاً . أما انزعاج الانسحاب المصاحب ، فغالباً ما يحفز الانتكاس إلى تعاطي المخدرات . إلا أن أعراض الانسحاب يخف ببطء على مدى أيام ، أسابيع ، أو شهور ، اعتماداً على نوع مادة المخدرات ونسب الجرعات التي يتعرض لها الفرد ، والتي قد أصبحت متسامحة (بمعنى أن نسبة الجرعة أصبحت لا تحقق النشوة المطلوبة للمدمن مثلاً مع الهيروين / الكوكايين) .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية Culture-Related Diagnostic Issues:

القضايا المتعلقة بالثقافة في التشخيص تختلف من المادة المستخدمة مع غيرها من المواد الأخرى ، ومع مجتمعات عرقية ، وغيرها من المجتمعات الأخرى .

الآثار الوظيفية للأخرى (غير معروفة) مادة الانسحاب :

الانسحاب من أي مادة قد يكون له عواقب خطيرة ، بما في ذلك العلامات والأعراض الجسدية (على سبيل المثال : الشعور بالضيق ، والتغيرات الحيوية مثل : الآم

---

(١) نبات التنبول Betel Chewing /Paan وهو عبارة عن خليط من بذور الفوفل Areca nut وتستعمله شعوب جنوب آسيا وشبه القارة الهندية للمعالجة ولتحسين رائحة الفم . وهناك دلائل تشير إلى أن هذه المضغة من المسببات للسرطان.

البطن ، والصداع) ، والحنين المكثف (شدة الشغف) للمخدرات ، والقلق ، والاكتئاب ، والإثارة ، والأعراض الذهانية ، والإدراكية .

قد تؤدي هذه النتائج إلى مشاكل مثل ضعف في العمل ، مشاكل في التعامل مع الآخرين ، وعدم الوفاء بالالتزامات ، وحوادث المرور ، والعدوان ، والسلوك الخطر جداً (مثل ممارسة الجنس دون وقاية) ، ومحاولات الانتحار ، ومادة أو الدواء بجرعة زائدة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

تقليل الجرعة بعد الجرعات طويلة ، لا يستوفي معايير أخرى (غير معروفة) مثل الانسحاب من المواد المخدرة . وقد يستخدم الفرد استخدام مواد أخرى (غير معروفة) ، ولكن الجرعة التي تم استخدامها لم تكن كافية لإنتاج الأعراض التي تستوفي المعايير المطلوبة للتشخيص .

انسحاب مادة أو مادة غيرها من الاضطرابات التي يسببها الدواء : وهو أمر مألوف وشائع / حيث يجوز بيع تلك المواد المخدرة في السوق السوداء ، وقد يواجه الأفراد حالة الانسحاب عندما يتم وقف تلك المواد ، مع الأخذ فى الاعتبار التاريخ المرضى ، ونسب علم السموم ، أو الاختبار الكيميائي للمادة نفسها ، والتى قد تساعد على التعرف عليه .

أنواع مختلفة من المواد الأخرى (غير المعروفة) المرتبطة باضطرابات الجوهر : وقد تحدث حلقات أخرى (غير معروفة) أثناء الانسحاب من مادة ، والتى تختلف عن الأخرى (غير المعروفة) لاضطراب تعاطي المخدرات ، غير المحدد الآخر (غير معروفة) كما أن الاضطراب المتعلق بالجوهر ، والاضطرابات الناجمة عن مادة أخرى غير محددة فهى (غير معروفة) .

العديد من الظروف الطبية العصبية وغيرها قد تنتج سرعة ظهور علامات وأعراض تشابه حالات الانسحابات ، مثل الأيض ، والصدمة ، والأورام ، الأوعية الدموية ، أو الاضطرابات المعدية السامة الأخرى التي تضعف وظائف الدماغ والإدراك . ويجب أن يتم الحكم على تسمم المخدرات لأنه على سبيل المثال : قد يشير إلى الانسحاب من دواء واحد أو مع تسمم مع دواء آخر .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

كما هو الحال مع جميع الاضطرابات المتعلقة بالجوهر ، واضطراب السلوك المراهق ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، وغيرها من اضطرابات تعاطي المخدرات ، والمرجح أن تتزامن مع اضطرابات أخرى (غير معروفة) أو مع الانسحاب من المواد المخدرة .

الاضطرابات الناتجة عن مادة أخرى (غير معروفة) :

أو من فئة من المواد الأخرى وغير المحددة بطبيعتها ، ومجموعة الاضطرابات التي يسببها الدواء (انظر مادة الأدوية التي تسبب الاضطرابات النفسية في هذا الدليل) : والأخرى (غير معروفة) الناجمة عن مادة ذهانية مثل اضطراب (الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى) ؛ وأخرى (أو غير المعروفة) الناجمة عن مادة الاضطراب الثنائي القطب (اضطرابات ثنائي القطب ذات صلة) ؛ الأخرى (أو الناجمة عن مادة مجهولة) اضطراب الاكتئاب (الاضطرابات الاكتئابية) ؛ الأخرى (أو غير المعروفة) الناجمة عن مادة اضطرابات القلق (اضطرابات القلق) ؛ الأخرى (غير المعروفة) الناجمة عن مادة الوسواس القهري (والاضطرابات ذات الصلة) ؛ أخرى (غير معروفة) والتي يسببها اضطراب النوم الناتج عن مادة (اضطرابات الصحوة / والنوم)؛ وأخرى (غير معروفة) والعجز الجنسي (الناجم عن مادة الخلل الجنسي) وأخرى (غير معروفة) والمادة التي يسببها اضطراب الدواء العصبي الرئيس أو الخفيف (اضطرابات عصبي) . والأخرى (غير المعروفة) والهذيان التسممي وغيرها (غير المعروفة) الناجم عن مادة انسحاب الهذيان / انظر المعايير ومناقشة الهذيان في فصل " الاضطرابات العصبية " .

وتم تشخيص هذه الاضطرابات الناجمة عن مادة أخرى (غير معروفة) بدلا من أخرى (غير معروفة) لتسممى مادة أخرى (غير معروفة) أما إذا كان الانسحاب من المادة ، فيتم فقط عندما تكون الأعراض شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل .

الاضطرابات المتصلة بمادة (F19.99) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة الأخرى (غير المعروفة) أما الاضطراب المتصل بالمواد التي تسبب ضائقة سريرية مهمة أو ضعف في المجالات الاجتماعية

والمهنية ، أو غيرها من المهام التى تسود فى الأداء تسود ، ولكنها لا تلبي المعايير الكاملة لأي اضطراب متعلق أخرى بمادة معينة (غير معروفة) أو مع أي من الاضطرابات المرتبطة بمادة طبقة التشخيص .

اضطرابات غير ذات صلة مادة :

اضطرابات القمار Disorders Gambling :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F63.0) :

A . يمثل سلوك القمار إشكالية ثابتة ومتكررة مما يؤدى إلى سريرية هامة وضعف أو ضيق ، كما هو مبين من قبل الفرد في فترة الـ ١٢ شهراً ، مع اظهار أربعة (أو أكثر) من التالي : -

١.يحتاج للمقامرة مع كميات متزايدة من المال من أجل تحقيق الإثارة المطلوبة .

٢. لا يهدأ عند محاولة خفض أو وقف القمار .

٣. بذل جهودا غير ناجحة أو متكررة للسيطرة ، أو تقليص ، أو التوقف عن المقامرة .

٤. غالباً ما ينشغل بالقمار (على سبيل المثال : وجود أفكار مستمرة لتخفيف الحدة السابقة عن تجارب المقامرة المعوقة ، والتفكير في طرق للحصول على المال بالمقامرة) .

٥. في كثير من الأحيان يشعر المقامر بالأسى (على سبيل المثال : لا حيلة له ، مذنب ، قلق ، مكتئب) .

٦. بعد خسارته القمار للمال ، وغالباً ما يعود في يوم آخر (لتعويض خسائره التى لا تنتهى) .

٧. يحاول إخفاء مدى تورطه مع القمار .

٨. قد يتعرض للخطر أو فقد فرصة علاقة العمل ، أو التعليم أو المهنة الهامة بسبب القمار .

٩. يعتمد على الآخرين لتوفير المال لتخفيف الأوضاع المالية اليائسة الناجمة عن القمار .

B . لا يفسر سلوك المقامرة بشكل أفضل من خلال نوبة جنون .

تحديد ما إذا : -

معايير التشخيص تجتمع عند أكثر من نقطة أكثر ، أما الأعراض فتحدث بين فترات اضطراب القمار لعدة أشهر على الأقل . أما الاضطراب الثابت : مع الأعراض المستمرة ، لتلبية معايير التشخيص لعدة سنوات .

تحديد ما إذا : -

في العفو والصفح : بعد تطبيق المعايير الكاملة لاضطراب المقامرة والتى تلتقى سابقا بمعايير اضطراب المقامرة ، التى تم الوفاء بها لمدة ٣ أشهر على الأقل ولكن لأقل من ١٢ شهراً .

تحسن واختفاء مستمر : بعد تطبيق المعايير الكاملة لاضطراب المقامرة والتى تلتقى في وقت سابق ، مع معايير اضطراب المقامرة خلال فترة ١٢ شهراً أو لفترة أطول .

تعيين خطورة الحالة : -

- معتدلة : تلتقى مع ٤-٥ من المعايير .
- متوسطة : تلتقى مع ٦-٧ من المعايير .
- شديد : تلتقى مع ٨-٩ ١ من لمعايير .

ملاحظة : على الرغم من بعض الظروف السلوكية التي لا تنطوي على ابتلاع المواد ، إلا أن هناك أوجه شبه بين الاضطرابات المرتبطة بالجوهر ، فى واحد فقط من اضطراب القمار ، وللاضطرابات الأخرى التى لديها بيانات كافية ليتم تضمينها في هذا القسم .

محددي المواصفات Specifiers :

تستند شدة الحالة على عدد من المعايير المعتمدة : الأفراد مع اضطراب القمار الخفيف ، والذى قد يحمل ٤-٥ معايير فقط ، مع المعايير المتعلقة بالانشغال بالقمار مع "محاولات تعويض الخسائر" . وأكثر اضطرابات القمار تتراوح بين متوسط الشدة وفقاً للمعايير (أي ٦-٧) .

أما الأفراد مع الشكل الأكثر شدة مع القمار ، والذى يندرج مع معظم المعايير التسعة (أي ٨-٩) . ليصل إلى تعريض العلاقات أو الفرص الوظيفية بسبب القمار ، والاعتماد على الآخرين لتعويض الخسائر المترتبة على القمار ، والتى غالباً ما تحدث

بين أولئك الذين يعانون من اضطراب المقامرة الأكثر شدة . وعلاوة على ذلك ، يقدم الأفراد للعلاج من اضطراب القمار والذى عادة ما يكون معتدلا ، أو مع أشكال قاسية من الاضطراب .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تنطوي مخاطر القمار بشيئ ذا قيمة على أمل الحصول على شيء ذو قيمة أكبر / وفي العديد من الثقافات والأفراد يتم المراهنة على الألعاب والأحداث ، ومعظم ما سبق يعاني من مشاكل مادية وأسرية واسعة .

ومع ذلك ، فإن بعض الأفراد قد يطوروا تصرفات الحرمان المتعلق بالقمار بدرجة كبيرة ، إلا أن السمة الأساس من سمات اضطراب القمار (سلوك المقامرة المتكررة وغير القادرة على التأقلم المستمر) والذي يعطل الشخصية والعائلية ، أو الملاحقات المهنية (المعيار A) .

ويحدد اضطراب القمار عبر مجموعة من أربعة أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A التي تحدث لمدة (١٢مرة على الأقل) في أي وقت في نفس الشهر .

هناك أسلوب من "الجرى - يلهث - وراء تعويض الخسائر / غير المتحقق " وقد يتطور ، مع حاجة ملحة للحفاظ على القمار (في كثير من الأحيان مع وضع رهانات أكبر أو التعرض مع مخاطر أكبر) إلى التراجع عن فقدان سلسلة من الخسائر المتكررة .

ويجوز للفرد التخلي (له / أو لها) استراتيجية للمقامرة ومحاولة الفوز وتعويض الخسائر في كل مرة . وعلى الرغم من أن العديد من المقامرين قد " يطاردوا بالإضطراب المستمر " لفترات قصيرة من الوقت ، والمتكرر ، وغالباً ما تكون طويلة الأجل ، والتي هي من سمات اضطراب القمار (A6) .

وقد يكذب الأفراد المقامرين ، على أفراد الأسرة ، والمعالجين ، أو غيرهم لإخفاء مدى تورطهم مع القمار ، وقد تشمل هذه الحالات الخداع أيضاً ، والذى لا يقتصر فى التستر على السلوكيات غير المشروعة مثل التزوير والاحتيال والسرقة والاختلاس للحصول على المال اللازم للمقامرة (A7) . وقد يشارك الأفراد قد أيضاً في " الإنقاذ " هذا التدهور السلوكى ، وقبل أن تتحول الأسرة إلى غيرهم للحصول على مساعدة مالية يائسة للوضع الناجم عن القمار (A9) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

يرتبط بسلوكيات القمار تشوهات في التفكير (على سبيل المثال : الحرمان ، الخرافات ، الشعور بالقوة والسيطرة نتيجة الحصول فرصة – وهمية / مفقودة – أو إلى الثقة المفرطة بلا مبررات منطقية) وقد تكون موجودة في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب القمار .

ويعتقد العديد من الأفراد الذين يعانون من اضطراب القمار بأن المال هو سبب وحيد لحل مشاكلهم . ويظهر بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب المقامرة علامات مثل : التسرع ، والتنافسية ، والحيوية ، وضيق الصدر ، والشعور بالملل بسهولة ، وربما يكون سخياً إلى حد الإسراف عند الفوز .

وغيرهم من الأفراد الذين يعانون من اضطراب اكتئاب القمار ، وأنهم قد يقامرون عند الشعور بالعجز ، والذنب ، أو الاكتئاب ، ويفكر ما يصل إلى نصف الأفراد في العلاج من اضطراب القمار ، في التفكير في الانتحار ، وحوالي ١٧ ٪ حاولوا الانتحار .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار : وصل اضطراب القمار بصفة عامة إلى حوالي ٠,٢ -٠,٣ ٪ في عموم السكان ، في عموم السكان ، أما معدل الانتشار مدى الحياة فهو حوالي ٠,٤ - ١,٠ ٪ . للإناث ، مع معدل انتشار اضطراب عمر القمار إلى حوالي ٠,٢ ٪ ، .

وبالنسبة للذكور فهو حوالي ٠,٦ ٪ . مع معدل انتشار عمر المقامرة كحالة مرضية بين الأميركيين الأفارقة إلى نحو ٠,٩ ٪ بين البيض بنحو ٠,٤ ٪ وبين اللاتينيين بنحو ٠,٣ ٪ .

التنمية والدورة :

يمكن أن تحدث بداية اضطراب المقامرة خلال فترة المراهقة أو مرحلة الشباب ، ولكن في الأفراد الآخرين فإنه يظهر خلال مرحلة البلوغ المتوسطة أو حتى مع كبار السن .

وعموما ، فإن اضطراب القمار قد يتطور على مدى سنوات ، وذلك على الرغم من أن التقدم يبدو أسرع عند الإناث عنه لدى الذكور . وتوجد أدلة لدى معظم

الأفراد الذين يصابون باضطراب القمار ، على وجود أسلوب من القمار الذي يزداد تدريجيا في كل من التردد وكمية الرهان . والذى بالتأكيد ، يمكن أن يتطور إلى أشكال أكثر اعتدالا من الحالات الشديدة .

ومعظم الأفراد مع تقرير اضطراب المقامرة بأن واحدا أو اثنين من أنواع المقامرة هي الأكثر إشكالية لديهم ، وذلك على الرغم من أن بعض الأفراد يشاركون في العديد من أشكال المقامرة .

وهؤلاء الأفراد عرضة للانخراط في أنواع معينة من القمار (على سبيل المثال : شراء أوراق القمار يوميا) وهم أكثر تواترا من غيرهم مع (على سبيل المثال : ماكينات لعب القمار أو العوامة في كازينو القمار) . مع تردد القمار الذى يمكن أن تكون ذات صلة أكثر بنوع المقامرة من شدة اضطراب القمار بشكل عام ، وعلى سبيل المثال : شراء تذكرة خدش (القمار) بصفة يومياً ، وقد لا تكون مشكلة ، أما كازينو فقد يكون أقل تواترا ، كما أن بطاقة المقامرة على المباريات قد تكون جزءاً من اضطراب القمار .

وبالمثل ، قد ينفق المقامر مبالغ كبيرة من المال للرهان ، وهى في حد ذاتها مؤشراً لاضطراب القمار . وبعض الأفراد قد يراهنوا بمبالغ صغيرة / إلا أنهم يعانون من صعوبات كثيرة متعلقة بممارسة القمار .

وقد تكون أنماط اضطراب القمار مستمرة أو في العفو والصفح ، ويمكن أن تزيد معدلات القمار خلال فترات الإجهاد أو الاكتئاب وأثناء فترات استخدام مادة أو الامتناع عن ممارسة الجنس ، وقد تكون هناك فترات من القمار الثقيل مع مشاكل حادة ، وتصل أحيانا للامتناع عن ممارسة الجنس داخل نطاق الأسرة .

ويرتبط اضطراب المقامرة أحيانا مع عفوية ، الهجوع على المدى الطويل ، ومع ذلك فإن بعض يتعرض الأفراد لتطوير اضطراب القمار ، أو إلى العودة إلى فوضى القمار التالي وهو العفو والصفح (الإندماج الكامل مع القمار) . وقد يفترض أنه لن تكون هناك مشكلة لتنظيم القمار ، إلا أن تلك السلوكيات تشير إلى تجربة العودة إلى اضطراب القمار .

أما التعبير المبكر عن اضطراب القمار فهو (أكثر شيوعاً بين الذكور/ عنها بين الإناث) . أما الأفراد الذين يبدأون القمار فغالباً ما يكونوا من الشباب ، وقد يكون

نتيجة لما يتم ممارسته مع أفراد الأسرة أو الأصدقاء . والذى قد يظهر ويتطور في وقت مبكر مع اضطراب المقامرة ليترافق مع الاندفاع وتعاطي المخدرات .

والعديد من المدارس الثانوية والكليات قد يصابون باضطراب القمار وذلك على الرغم من أنه لا يزال يمثل مشكلة مدى الحياة لدى البعض . مع بداية منتصف العمر - فى وقت لاحق في الحياة - قد يتطور مع اضطراب القمار الأكثر شيوعاً بين الذكور عنه لدى الإناث (إحصائيات ناتجة عن دراسات فى الولايات المتحدة) .

وهناك اختلافات وتباينات مع العمر والجنس مع نوع من أنشطة القمار بمعدل انتشار معدلات اضطراب القمار . ويعد اضطراب القمار هو الأكثر شيوعاً بين الشباب والأشخاص في منتصف العمر من بين البالغين الأكبر سنا من المراهقين وصغار البالغين ، كما أن هذا الاضطراب هو من أكثر معدلات الانتشار لدى الذكور أكثر من الإناث .

أما الأفراد الأصغر سنا فيفضلون مختلف أشكال المقامرة (على سبيل المثال : المراهنات الرياضية) ، وهم أكثر عرضة - مع الوقت - لتطوير مشاكل اضطراب القمار . وعلى الرغم من أن نسب الأفراد الذين يسعون للعلاج من اضطراب المقامرة (منخفضة) في جميع الفئات العمرية ، إلا أن الأفراد الأصغر سنا من غير المحتمل أن يتقدموا لتلقي العلاج .

ومن المرجح أن يبدأ القمار في الحياة في وقت سابق ، مع سن أصغر مع الذكور / أكثر فى اضطراب المقامرة من الإناث ، والذين هم أكثر عرضة لبدء القمار في وقت لاحق في الحياة .

كما أن الإناث مع اضطراب القمار هن أكثر عرضة من الذكور فى التعرض لاضطراب اكتئاب القمار ، ولاضطراب بين القطبين ، واضطرابات القلق . كما قد يعانى الإناث - فى سن متأخرة - من بداية ظهور الفوضى ويسعون للعلاج قبل ذلك ، وعلى الرغم من ذلك فإن معدلات طلب العلاج تظل منخفضة (< ١٠ ٪) بين الأفراد مع اضطراب القمار بغض النظر عن الجنس .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : وترتبط المقامرة – التي تبدأ في مرحلة الطفولة أو المراهقة المبكرة – مع زيادة معدلات اضطراب القمار . ويظهر اضطراب القمار أيضاً مع اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، واضطرابات الاكتئاب والهوس الاكتئابي ، ومادة أخرى تستخدم مع اضطراب القمار ، وخاصة مع الذين يعانون من اضطرابات الكحول .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : اضطراب القمار يمكن يشاع فى الأسر التى تمارسه ، وهذا التأثير يبدو بأنه يتصل بالعوامل البيئية والوراثية على حد سواء . أما مشاكل المقامرة فهى متكررة أكثر في الزيجوت لدى التوائم ثنائي الزيجوت . كما أن اضطراب المقامرة هو أيضاً من أكثر معدلات الانتشار بين الأقارب من الدرجة الأولى مع حالات معتدلة إلى شديدة فى اضطراب تعاطي الكحول من بين عامة السكان .

المعدلات : من المرجح أن يسعى العديد من الأفراد ، بمن فيهم المراهقون والشباب ، إلى حل مشاكلهم مع اضطراب القمار مع مرور الوقت ، وذلك على الرغم من وجود مؤشرات قوية لمشاكل القمار فى المستقبل .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة : الأفراد من ثقافات وأعراق محددة هم أكثر عرضة للمشاركة في بعض أنواع أنشطة القمار من غيرهم (على سبيل المثال : مع باي جاو/ لعبة ورق الديكة / سباق الخيل) .

معدلات الانتشار : اضطراب المقامرة هي أعلى بين الأميركيين الأفارقة من بين الأميركيين الأوروبيين ، مع نسب مماثلة للأميركيين الاسبان / مع الأمريكيين الأوروبيين ، كما أن السكان الأصليين (الأمريكيين) لديهم معدلات انتشار عالية من اضطراب القمار .

تشخيص القضايا المتعلقة بنوع الجنس :

يطور الذكور اضطراب المقامرة بمعدلات أعلى من الإناث ، وذلك على الرغم من أن هذه الفجوة بين الجنسين قد تضيق . ويميل الذكور إلى المراهنة على أشكال مختلفة من القمار مع بطاقات ، والرياضة ، وسباق قمار الخيل / أما معدلات انتشار القمار لدى الإناث فتنحصر مع آلات القمار الأكثر شيوعاً لديهن .

العواقب الوظيفية من اضطراب القمار:

يؤثر اضطراب القمار - بصورة سلبية - فى المجالات النفسية ، وسير الصحة العقلية ، وعلى وجه التحديد ، مع الأفراد المشاركيين مع القمار منها التعرض للخطر، أو فقد علاقات مهمة مع أفراد الأسرة أو الأصدقاء .

وقد تحدث مثل هذه المشاكل من الكذب المتكرر مع الآخرين ، بهدف التغطية على الاستغراق فى القمار أو لطلب المال الذي يستخدم للعب القمار أو لسداد ديون القمار ، أو من ضعف أنشطة العمل أو التعليم ، والذى قد يتأثر سلبا أيضاً عن طريق التغيب عن العمل أو ضعف الأداء المدرسي مع القمار ؛ وقد تمتد المقامرة أثناء العمل أو المدرسة / ويظل مشغولا لساعات مع القمار أو مع نتائجه السلبية ، كما يتضح لدى الأفراد مع اضطراب القمار مظاهر من سوء الصحة العامة ، إضافة إلى حاجتهم للخدمات الطبية بمعدلات عالية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

يجب التمييز بين اضطراب المقامرة المهنية المستمرة من غيرها من السلوكيات السلبية المسيئة للفرد والمجتمع ، ويمكن لبعض الأفراد الذين يعانون من المشاكل المرتبطة بالقمار (على سبيل المثال : فقدان السيطرة) التي لا تلبي كامل معايير اضطراب القمار .

نوبة جنون / فقدان الحكم والقمار المفرط قد يحدث أثناء نوبة جنون : ينبغي اتخاذ تشخيص إضافي من اضطراب المقامرة ، كما أن القمار لا يفسر بصورة أفضل من خلال نوبات الهوس (على سبيل المثال : تاريخ من المقامرة غير القادرة على التأقلم ، ومن خلال السلوك هوسي في أوقات أخرى) .

وقد يعانى الفرد مع اضطراب القمار ، بما يشبه نوبة جنون ، ولكن قد تتلاشى فى حالة إنهاء وزوال حالة المقامرة .

اضطرابات الشخصية : مشاكل مع القمار قد تحدث في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، واضطرابات الشخصية الأخرى . وإذا تم استيفاء المعايير لكل من تلك الاضطرابات ، فيمكن تشخيص كليهما معاً .

الحالات الطبية الأخرى : بعض المرضى الذين يتناولون أدوية الدوبامين (على سبيل المثال : مرض باركنسون) والذى قد يحث على المقامرة . وقد يتم تبديد مثل هذه

الأعراض عندما يتم تخفيض جرعة أدوية الدوبامين ، أو في حالة توقف تناوله ، ولا يتم تشخيص القمار إلا بالإشارة إلى الاضطراب المسبب له .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يرتبط اضطراب القمار مع سوء الحالة الصحية العامة : بالإضافة إلى حالة طبية محددة التشخيصات ، مثل عدم انتظام دقات القلب ، والذبحة الصدرية ، وهي أكثر شيوعاً بين الأفراد مع اضطراب المقامرة مما كانت عليه في عامة السكان ، حتى عندما يتم ارتباطه باضطرابات تعاطي المخدرات ، بما في ذلك اضطراب تعاطي التبغ ، وذلك لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب القمار ، ولديهم معدلات عالية من الأعراض المشتركة مع الاضطرابات النفسية الأخرى ، مثل : اضطرابات تعاطي المخدرات / واضطرابات الاكتئاب / واضطرابات القلق / واضطرابات الشخصية . وقد تسبق اضطراب القمار في بعض الأفراد ، ظهور الاضطرابات النفسية الأخرى ، والتى إما تكون غائبة ، أو تتضح من خلال مظهر من مظاهر اضطراب القمار . وقد يحدث اضطراب المقامرة أيضاً قبل بداية الاضطرابات النفسية الأخرى ، وخاصة اضطرابات القلق وتعاطي المخدرات .

الاضطرابات العصبية (الأمراض غير المعدية) : ويشار إليها في الدليل الرابع DSM-IV باسم"الخرف ، والهذيان ، المفتقد ، وغيرها من الاضطرابات الإدراكية ، والتى تبدأ بالهذيان ، تليها متلازمات الأمراض غير السارية الخفيفة الرئيسة ، والاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD .(ويشير إلى الأمراض غير المعدية) .

أما الأنواع الفرعية الخاصة ، والمسببة للاضطرابات الكبرى أو الأمراض الفرعية الخفيفة بسبب مرض الزهايمر غير المعدي ؛ إضافة إلى الأوعية الدموية للأمراض غير المعدية ؛ والاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD

إضافة إلى ما تسببه من أمراض مثل مرض باركنسون NCD؛ أو بسبب صدمة إصابات الدماغ ؛ NCD أو بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية التى تسببها الحقن الملوثة / والاتصال الجنسى ، والاضطراب العصبي الكامن في الدماغ بسبب مرض هنتنجتون؛ NCD ؛ والاضطراب العصبي الكامن في الدماغ بسبب مرض

بريون ، أو بسبب حالة مرضية أخرى أو بسبب مسببات متعددة ، وغير محددة من الأمراض غير السارية .

وتشمل فئة الأمراض غير المعدية مجموعة من الاضطرابات التي تحدث حالة عجز سريري أساس في الوظيفة المعرفية للفرد . وعلى الرغم من أن العجز المعرفي موجود في كل الاضطرابات النفسية (على سبيل المثال : الفصام ، واضطرابات القطبين) ، كما تم دمج السمات المعرفية الأساس مع فئة الأمراض غير المعدية ، وتشمل الأمراض غير المعدية ما يتعلق بضعف الإدراك الموجود منذ الولادة ، أو في وقت مبكر جداً ، والتى تمثل انخفاضا بالغاً فى مستوى الأداء الوظيفى والمعرفى للفرد .

تتحدد الأمراض غير المعدية الفريدة من نوعها فى الدليل التشخيصى الخامس DSM-5 وعبر فئات من هذه المتلازمات التى تنسب لعلم الأمراض الكامنة ، كما إن الكثير من مسببات تلك الأمراض غير معدية والتى يحتمل أن يتم تحديدها .

وكانت جميع الكيانات المختلفة للأمراض الكامنة موضوع بحث مستفيض ، أو تجربة سريرية ، وهو ما يتوافق مع معايير التشخيص التى وضعت فى معايير DSM-5 لهذه الاضطرابات المختلفة .

كما تمت مناقشة المؤشرات الحيوية أيضاً فيما يتعلق بالتشخيص الدقيق ، والذى يتعلق بالاضطرابات العصبية الرئيسة ، وذلك على الرغم من أن مصطلح " الخرف مثلاً" لا يمنع من استخدامه في الأنواع الفرعية المسببة للاضطراب .

علاوة على ذلك فإن DSM-5 يعترف - لفئة ذوى الاضطرابات العصبية (الأمراض غير المعدية) - بمستوى معرفي أقل حدة ، مع انخفاض فى قيمة الذات ، مع اضطراب عصبي خفيف ، والذى يتطلب أن يتم التركيز عليه ، كما فى الدليل الرابع DSM-IV والذى تم إدراجه ضمن " اضطراب إدراكي غير محدد " . أما تشخيصه فيتم بتوفير معايير لكلا من كيانات هذه المتلازمات ، تليها معايير التشخيص الفرعية المسببة .

كما قد تتعايش العديد من الأمراض غير المعدية - في كثير من الأحيان - مع بعضها البعض ، ويمكن أن توصف تحت عناوين فرعية مختلفة داخل الفصل ، بما في ذلك " التشخيص التفريقي" (وعلى سبيل المثال : بسبب الأمراض غير المعدية مقابل مرض الزهايمر " وعوامل الخطر المنذرة " لأمراض الأوعية الدموية غير السارية) ، (على

سبيل المثال : علم الأمراض الوعائية السريري ، لمرض الزهايمر) ، أو "الاعتلال المشترك" (على سبيل المثال : المختلط بمرض الزهايمر وبعلم الأمراض ، وبأمراض الأوعية الدموية) .

ويتم الاحتفاظ "بالخرف المستمر " فى دليل (DSM-5) ويمكن استخدامه في البيئات التي يعتمدها الأطباء والمرضى لهذا المصطلح .

على الرغم من أن الاضطرابات يمكن أن تؤدى على المدى الطويل إلى الخرف التدهوري الذى يؤثر عادة على كبار السن ، ويستخدم على نطاق واسع مع الاضطراب العصبي واسع المدى وغالباً ما يتصل بانخفاض القيمة الثانوية لإصابات الدماغ ، أو مع عدوى فيروس نقص المناعة البشرية .

وعلاوة على ذلك ، فإن تعريف الأمراض غير السارية الرئيسة هي أوسع إلى حد ما من مصطلح الخرف ، مع انخفاض كبير في مجال واحد ، ويمكن الحصول على هذا التشخيص ، وعلى الأخص فئة DSM- IV من " اضطراب مفتقد " والذى يتم تشخيصه بالأمراض غير المعدية الرئيسة بسبب حالة طبية أخرى .

عصبي المجالات Nervous domains :

معايير مختلف الأمراض غير المعدية : تستند على جميع المجالات المعرفية ، وتقدم بعض الجداول الخاصة بمجالات رئيسة مثل : تعريف العمل ، وأمثلة من الأعراض أو الملاحظات فيما يتعلق بعاهات في الأنشطة اليومية ، وبالتالي المجالات المحددة ، جنبا إلى جنب مع المبادئ التوجيهية للعتبات السريرية ، والتى تشكل الأساس للأمراض غير المعدية ، وبالأنواع الفرعية لتلك الأمراض التي يمكن تشخيصها .

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A. اضطراب في الانتباه (أي انخفاض القدرة على التوجه ، والتركيز ، ، وتحويل الانتباه) والوعي (خفض التوجه البيئي) .

B. قد يتطور الاضطراب على مدى فترة قصير من الزمن (والتي تستغرق عادة من ساعات إلى بضعة أيام) ، والتي تميل إلى التقلب في شدتها خلال يوم واحد .

C. اضطراب في الإدراك الإضافي (على سبيل المثال : عجز الذاكرة ، الارتباك ، وضعف اللغة ، وقصور فى القدرة البصرية / المكانية) .

D. معايير الاضطرابات في المعايير (A ، C) لا يتم شرحها بشكل أفضل من خلال اضطراب عصبي ، ولا يتم تشخيصها في سياق انخفاض حاد في مستوى الاستثارة ، مثل الغيبوبة .

E. هناك أدلة من التاريخ المرضى ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية بأن الاضطراب هو نتيجة مباشرة لآخر حالة طبية فسيولوجية ، أو مادة التسممى أو الانسحاب (أي بسبب تعاطي المخدرات أو بسبب تعاطى الدواء) ، أو التعرض لمادة سامة ، أو هو نتيجة لمسببات متعددة .

تحديد ما إذا كان : -

مادة تسمم الهذيان : هذا التشخيص ينبغي اتخاذه / بدلا من الجوهر التسممى للأعراض السائدة في المعايير (A,C) السائدة بصورة سريرية ، وقد تكون شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري .

ملاحظة عن الترميز : رموز دليل الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ICD-9-CM وICD-10-CM [مادة محددة] يشير إلى التسممى ويرمز ICD-10-CM والذى يعتمد على ما إذا كان أو لم يكن هناك حالة مرضية ناتجة عن اضطراب استخدام مادة من نفس فئة المواد المخدرة .

وإذا كانت هناك حالة مرضية خفيفة ناتجة عن اضطراب تعاطي المخدرات مع مادة تسمم الهذيان ، فالطابع لهذا الموقف 4 هو"1" ، ويجب أن يسجل الطبيب الحالة "خفيفة [مادة] مع استخدام الفوضى" قبل تسمم مادة الهذيان (على سبيل المثال ، " اضطراب خفيف نتيجة تعاطي الكوكايين مع الكوكايين التسممى/ المسبب للهذيان) .
وإذا كان الاضطراب معتدل .

أما إذا كان يعود لحالة مرضية شديدة نتيجة اضطراب تعاطي المخدرات مع التسممى بمادة الهذيان ، فالطابع الموقف هو "4"2" ، والطبيب يجب أن يسجل مستوى الحالة " المعتدلة [مادة] مع استخدام الفوضى" أو "[الجوهر] شديد الاستخدام بالفوضى ، " وفقا لشدة الحالة المرضية الناتجة عن اضطراب تعاطي المخدرات ، وإذا لم تكن هناك حالة مرضية ناتجة عن استخدام مادة الاضطراب (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، فيجب على الطبيب تسجيل مادة التسمم فقط .

الهذيان . ICD-10-CM أو ICD-9-CM

مع استخدام اضطراب ، المعتدل أو حاد دون استخدام اضطراب : -

- الكحول F10.121 F10.221 0.921 FI
- الحشيش المخدر F12.121 F12.221 F12.921
- فينسيكليدين F16.121 FI 6.221 6.921 FI
- المهلوسات الأخرى F16.121 FI 6.221 6.921 FI
- مواد التنشق F18.121 F18.221 FI 8 ,921
- الأفيونية F11.121 F11.221 F11.921

مع استخدام اضطراب ، المعتدل أو حاد دون استخدام اضطراب مهدئ ، منوم .

- مزيل القلق F13.121 F13.221 FI 3.921
- الأمفيتامين (أو غيرها منبه) F15.121 F15.221 F15.921
- الكوكايين F14.121 FI 4.221 F14.921
- أخرى (غير معروفة) مادة F19.121 F19.221 FI 9.921

مادة انسحاب الهذيان : ينبغي تشخيص جوهر الانسحاب من الأعراض في المعايير A وC السائدة في الصورة السريرية وعندما تكون شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري . كود [مادة محددة] الانسحاب الهذيان : (F I0.231) الكحول؛ (F11.23) الأفيونية : (F I3.231) مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق؛ (F19.231) أخرى (غير معروفة) مادة الدواء .

الأعراض التي يسببها دواء الهذيان : ينطبق هذا التشخيص عند ظهور أعراض في معايير A وC وينشأ كأثر جانبي للدواء الذي يؤخذ كما هو مقرر (محدد طبي للجرعات) .

ملاحظة عن الترميز : الهذيان رمزه ICD-9-CM [أدوية معينة] التي يسببها نوع الدواء ، وإذا كان الدواء المتخذ هو الأفيونية يكون رمزه F11.921.

أما إذا كان الدواء هو المسكنات ، المنومة ، أو مزيل القلق التي تم اتخاذها يكون رمزه FI 3.921.وإذا كان الدواء هو من نوع الأمفيتامين المنشط أو غيرها من التدابير

المتخذة على النحو المنصوص عليه ، فيكون رمزه F I5.921. للأدوية التي لا تنتمي الى أي من الفئات (على سبيل المثال : ديكساميثازون) وفي الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة لتكون عاملا مسببا ولكن مع فئة معينة من مادة غير معروفة ، يكون الرمز F19.921.

(F05) الهذيان بسبب حالة طبية أخرى : هناك أدلة من نتائج التاريخ المرضى ، والفحص البدني ، أو بما يعزى الاضطراب لعواقب فسيولوجية نتيجة لحالة طبية أخرى .

ملاحظة عن الترميز : يشمل اسم الحالة الطبية الأخرى بالهذيان (على سبيل المثال : [F05] الهذيان بسبب اعتلال الدماغ الكبدي) . أما من جهة حالة طبية أخرى فينبغي أيضاً أن تكون مشفرة كحالة مباشرة قبل اضطراب الهذيان بسبب حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : [K72.90] أما اعتلال الدماغ الكبدي؛ [F05] فيما يتعلق بالهذيان بسبب اعتلال الدماغ الكبدي) . (F05) .

الهذيان بسبب مسببات متعددة : هناك أدلة من التاريخ المرضى على نتائج الفحص البدني ، أو ما أسفر عنه فحوصات الهذيان المخبرية ، بأن لديه أكثر من مسبب واحد (على سبيل المثال : حالة طبية المسببة لأكثر من حالة طبية أخرى / بالإضافة إلى تسمم المادة أو الآثار الجانبية للدواء) .

ملاحظة عن الترميز : استخدام رموز منفصلة متعددة يعكس مسببات الهذيان المحددة (على سبيل المثال : [K72.90] اعتلال الدماغ الكبدي [F05] الهذيان بسبب الفشل الكبدي [FI 0.231] هذيان انسحاب الكحول) . علما بأن المسبب الطبي لكل حالة تظهر على شكل رمز منفصل يسبق رمز الهذيان ، والذى يتم معه استبدال 'مسمى الهذيان بسبب حالة طبية أخرى .

تحديد ما إذا : -

- الحاد : يمتد بضع ساعات أو أيام .
- الثابتة : تمتد لأسابيع أو أشهر .

تحديد ما إذا : -

- مفرط : يكون الفرد لديه مستوى مفرط من النشاط النفسي الذي قد يرافقه عطوبية المزاج ، والتهيج ، أو رفض اتخاذ الرعاية الطبية .

- قصور النشاط : يكون لدى الفرد مستوى قصور فى النشاط النفسي الذى قد يرافقه بطء وخمول قد يقترب من حالة الذهول .
- مستوى مختلط من النشاط : يكون لدى الفرد مستوى من النشاط العادي النفسي ، على الرغم من الاهتمام والوعي والشعور بالانزعاج ، مع مستوى سريع من المزاج المتقلب .

إجراءات تسجيل Registration procedures :

تسمم مادة الهذيان :

ICD-9-CM ، يشير الهذيان الناتج عن مادة الأدوية المسببة للتسممى نتيجة مادة معينة (مثل الكوكايين ، ديكساميثازون) والتى يفترض أن تكون السبب في حدوث الهذيان . ويتم تحديد رمز التشخيص من الجدول المدرج في المعايير المنصوص عليها التى يعتمد فيها على طبقة المخدرات . وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال : ديكساميثازون) ، رمز " مادة أخرى " والتى ينبغي أن تستخدم ، في الحالات التي يكون فيها مادة يتم الحكم بأنها عاملا مسببا لفئة معينة من مادة غير معروفة ، أو لفئة " مادة مجهولة " وينبغي استخدامها .

ويتبع اسم الاضطراب من قبل (حاد / أو ثابت) ، تليها مستوى محدد يشير إلى النشاط النفسي الحركي (أي مفرط ، قصور النشاط ، مستوى النشاط مختلط) . وخلافا لإجراءات التسجيل لـ ICD-I0-CM ، الذى يجمع بين جوهر الهذيان التسممى ، واضطراب استخدام الأدوية والمواد المخدرة برمز واحد ICD-9-CM ويعطى رمز تشخيص منفصل لاضطراب تعاطي المخدرات ، وعلى سبيل المثال : في حالة التسممى الحاد للهذيان المفرط / والذى قد يحدث مع استخدام جرعة كوكايين شديدة ، مما يشيع الفوضى ، ويتم تشخيصه باضطراب الكوكايين وتسممى الهذيان ، الحاد ، والمفرط .

ويرد أيضاً تشخيص إضافي من اضطراب شديد من صنوف تعاطي الكوكايين ، وإذا كان تسممى الهذيان يحدث دون اضطراب تعاطي المخدرات مع حالة مرضية (على سبيل المثال : بعد مرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، ويلاحظ أي مرفقات لاضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : فينسيكليدين التسممى والهذيان ، الحاد ، مع قصور النشاط) .

ICD-I0-CM : اسم مادة الدواء التسممى المسببة للهذيان الذى يبدأ مع مادة معينة (مثل الكوكايين ، ديكساميثازون) والتي يفترض أن تسبب الهذيان . ويتم تحديد رمز التشخيص من الجدول المدرج في المعايير المنصوص عليها ، والتي تقوم على طبقة المخدرات/ مع وجود أو عدم وجود الحالة المرضية لاضطراب تعاطي المخدرات . وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات (على سبيل المثال : ديكساميثازون) ، ويرمز "L" لمادة أخرى " والتى ينبغي استخدامها في الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة لتكون عاملا مسببا ولكن محددة بفئة من مادة غير معروفة ، وفئة "مادة مجهولة " ينبغي استخدامها .

عند تسجيل اسم الاضطراب : مثل اضطراب تعاطي المخدرات مع حالة مرضية (إن وجدت) ثم يتم سرد أولا ، تليها كلمة "مع" يليها اسم التسممى لمادة الهذيان ، تليها دورة (أي حادة ، وثابتة) ، تليها محدد مبينا لمستوى النشاط النفسي الحركي (أي مفرط ، قصور النشاط ، ومستوى النشاط المختلط) . على سبيل المثال : في حالة تسممى الهذيان الحاد المفرط الذى يحدث لفرد/ مع الكوكايين الشديد، واستخدام الفوضى ، ويتم التشخيص باضطراب شديد F14.221 نتيجة اضطراب استخدام تعاطي الكوكايين ، مع الهذيان التسممى الحاد ، أو المفرط .

أما التشخيص المنفصلة من الكوكايين الشديدة مع الحالة المرضية (لم يتضمن اضطراب الاستخدام) . وفي حالة حدوث تسمم الهذيان دون اضطراب تعاطي المخدرات مع الحالة المرضية (على سبيل المثال : بعد لمرة واحدة من الاستخدام الكثيف للمادة) ، أي اضطراب استخدام المادة المرفقة ويلاحظ (على سبيل المثال : F16.921 فينسيكليدين التسممى والهذيان ، الحاد ، مع قصور النشاط) .

انسحاب مادة الهذيان Substance withdrawal delirium :

اسم انسحاب مادة الهذيان الناتج عن الدواء يبدأ مع مادة معينة (مثل الكحول) التي يفترض أن تسبب هذيان الانسحاب . ويتم تحديد رمز التشخيص كأحد رموز المواد المحددة الواردة في مذكرة الترميز المدرجة في تعيين المعايير . ويتبع اسم الاضطراب من قبل بطبيعة الحال (أي الحاد / والثابت) ، يليه من مستوى محدد / مما يدل على النشاط النفسي الحركي (أي مفرط ، قصور النشاط ، مستوى مختلط من النشاط) .

وخلافا لإجراءات تسجيل لـ ICD-I0-CM ، والتي تجمع بين مادة انسحاب الدواء والهذيان ، اضطراب استخدام مادة في قانون واحد لـ ICD-9-CM يعطى رمز تشخيص منفصل لاضطراب تعاطي المخدرات .

وعلى سبيل المثال : في حالة هذيان الانسحاب الحاد ، والتى قد تحدث مع رجل مع اضطراب تعاطي الكحول الشديد ، والتشخيص هو (الهذيان مع الامتناع عن الكحول (الانسحاب) ، الحاد ، والمفرط ، وتعطى أيضاً تشخيص إضافي اضطراب شديد مع تعاطي الكحول) .

وكما ورد فى دليل الأمراض ICD-10-CM .[1] يبدأ الهذيان نتيجة الانسحاب من مادة دواء معين (مثل الكحول) التي يفترض أن تسبب هذيان الانسحاب .

ويتم تحديد رمز التشخيص من رموز مواد محددة مدرجة في الترميز فى المذكرة التى تضمنت تلك المعايير . وعند تسجيل اسم الاضطراب ، والحالة المرضية / يتم سرد اضطراب استخدام مادة معتدلة أو شديدة (إن وجدت) أولا ، تليها كلمة "مع" يليها هذيان انسحاب المخدرات ، تليها دورة (أي حادة ، الثابتة) ، يليه مستوى محدد مما يدل على نوعية النشاط النفسي الحركي (أي مفرط ، أو قصور النشاط ، أومستوى نشاط مختلط) . وعلى سبيل المثال : في حالة من النشاط المفرط الحاد لانسحاب الهذيان الذى يحدث لفرد مع اضطراب تعاطي الكحول الحاد ، فإن التشخيص هو اضطراب شديد F10.231 نتيجة استخدام الكحول مع هذيان انسحاب الكحول الحاد ، أو المفرط .

ولا يعطى تشخيص منفصل عن الحالة المرضية الشديدة لاضطراب تعاطي الكحول التي يسببها دواء الهذيان ، ثم يبدأ باسم الهذيان الذى يسببه الدواء مع مادة معينة (مثل ديكساميثازون) التي يفترض أن تسبب الهذيان . ويتبع اسم الاضطراب من قبل بطبيعة الحال (أي حاد ، أو ثابت) ، يليه مستوى محدد مما يدل على النشاط النفسي الحركي (أي مفرط ، قاصر النشاط ، أو مستوى مختلط من النشاط) . وعلى سبيل المثال : في الحالة الحادة الناجم عن النشاط المفرط ، أثناء علاج الهذيان باستخدام

(١) ICD-10-CM. يشير إلى دليل الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية .

ديكساميثازون على النحو المنصوص عليه ، فإن التشخيص هو (F19.921) الحالة التي يسببها ديكساميثازون للهذيان ، الحاد ، والمفرط .

محددي المواصفات Specifiers :

فيما يتعلق بطبيعة الحال ، في المستشفيات ، فإن الهذيان عادة ما يستغرق حوالي (أسبوع واحد) ، ولكن قد تستمر الأعراض حتى بعد خروج الأفراد من المستشفى . وقد يحدث تبديل سريع فى مستوى شدة الحالات لدى الأفراد مع الهذيان (بين مفرط وقصور فى النشاط / إلى حالة مفرطة ، وهى الأكثر شيوعاً في كثير من الأحيان ، وكثيراً ما يرتبط مع آثار جانبية للدواء مثل انسحاب المخدرات ، إلا أن حالة قصور النشاط قد تكون أكثر شيوعاً في كبار السن) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من الهذيان هو اضطراب الانتباه أو الوعي الذي يترافق مع تغيير في الإدراك الأساس ، والذى التي لا يمكن تفسيره بصورة أفضل / مع الاضطراب العصبي المتطور (NCD) ولا فى وجود اضطراب في الانتباه (المعيارA) والذى يتضح فى انخفاض القدرة على التوجيه ، والتركيز ، وتحويل الانتباه .

ومن أمثلة شواهد حالات الهذيان : أما تكرار الأسئلة التى تجول فى اهتمام الفرد / أو قد يجيب على سؤال سابق بدلا من التحول بشكل مناسب من الاهتمام بما ورد الآن . وقد يصرف الفرد نظره بسهولة إلى المحفزات غير ذات الصلة بالموضوع الأساس ، كما يتجلى هذا الاضطراب في ضعف وعي الفرد نحو البيئة ، وفي بعض الأحيان نحو نفسه .

وقد يتطور الاضطراب خلال فترة قصيرة من الزمن ، عادة ساعات إلى بضعة أيام ، ويميل إلى التقلب خلال اليوم ، وغالباً ما يتفاقم في المساء والليل عندما تقل المحفزات الخارجية وتقل توجهاتهم (B) . وهناك أدلة من نتائج التاريخ المرضى ، والفحص البدني ، أو المختبرات بأن الاضطراب الفسيولوجي هو نتيجة لحالة طبية كامنة ، نتيجة للتسممى ، أو الانسحاب من مادة الدواء المستخدمة ، أو التعرض للسموم ، أو مزيج من كل هذه العوامل (E) .

ويجب أن تكون المسببات مشفرة وفقا للسلالة المناسبة (أي مادة ، أو دواء السكر ، أو انسحاب مادة ، أو شرط طبي آخر ، أو لمسببات متعددة) . وغالباً ما يحدث الهذيان في سياق أساسي NCD .[1] مع اضطراب وظيفة الدماغ لدى الأفراد سواء خفيفة ، أو رئيسية NCD بما يجعلهم أكثر عرضة للهذيان .

هناك تغير العوامل في منطقة واحدة على الأقل ، والتي قد تشمل الذاكرة والتعلم (الذاكرة الحديثة وخاصة) ، الارتباك (فى الزمان والمكان) ، التغيير في اللغة ، أو تشويه الإدراك الحسي ، أو فى اضطراب الإدراك الحسي الحركي (C) .

أما الاضطرابات الإدراكية المصاحبة للهذيان فتشمل التفسيرات الخاطئة ، الأوهام ، أو الهلوسة ، وهذه الاضطرابات عادة ما تكون مرئية ، ولكن قد يحدث في غيرها من الاضطرابات الأحرى ، والتى تتراوح ما بين بسيطة ومعقدة للغاية .

كما أن الاهتمام العادي للشهوة ، والهذيان ، والكذب فهى تمثل سلسلة متصلة ، مع غيبوبة تعرف بعدم وجود أي استجابة للمثيرات اللفظية . وتعتمد القدرة على تقييم تشخيص إدراك الهذيان على أن يكون هناك مستوى عالى من الإثارة بما يكفي لتمكين استجابة التحفيز اللفظي ، وبالتالي ، فإن الهذيان لا ينبغي تشخيصه في سياق غيبوبة (D) .

أما العديد من المرضى فلديهم مستوى منخفض من الاستثارة ، وقد لا يظهر لدى هؤلاء المرضى سوى الحد الأدنى من ردود على التحفيز اللفظي ، وهم - يبدون- غير قادرين على التعامل مع محاولات الاختبار الموحد أو حتى المقابلة الشخصية .

وينبغي تصنيف عدم القدرة هذه إلى عدم الانخراط كما فى الغفلة الشديدة ، أما الاستثارة المنخفضة فينبغي الاعتراف بها مع (البداية الحادة) والتى 'تشير إلى عدم الانتباه الشديد والتغيير المعرفي ، وبالتالي الهذيان كحالة لا يمكن تمييزه سريرياً على أساس من عدم الانتباه أو التغيير المعرفي التى يتم رصدها خلال الاختبارات المعرفية والمقابلة .

---

(١) NCD يشير إلى الأمراض غير المعدية، أو **NCD** ، هو حالة طبية أو المرض التي يمكن تعريفها على أنها غير المعدية وغير المعدية بين الناس .الأمراض غير المعدية يمكن reffer إلى الأمراض المزمنة التي تستمر لفترات طويلة من الزمن والتقدم ببطء، وينظر إليه عبر أنواع معينة من الأمراض مثل أمراض المناعة الذاتية.

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

كثيراً ما يرتبط الهذيان باضطراب في دورة النوم واليقظة : وقد يشمل هذا الاضطراب النعاس أثناء النهار ، والإثارة ليلا ، وصعوبة النوم ، والإفراط فى النعاس طوال اليوم ، أو اليقظة طوال الليل - في بعض الحالات - واستكمال ما يمكن أن يحدث من (عكس دورة النوم والاستيقاظ ليلا يوميا) كما تعد اضطرابات دورة النوم واليقظة شائعة جداً في الهذيان ، لذا تم اقتراح معيار أساس لتشخيصه فى DSM-5.

والفرد مع الهذيان قد يعانى من اضطرابات عاطفية ، مثل القلق ، الخوف ، والاكتئاب ، والتهيج والغضب والنشوة ، واللامبالاة . قد يكون ذلك سريع وغير متوقع ، وقد يحدث تحول - فجأة - من حالة عاطفية إلى أخرى . ويجوز لتلك الحالة العاطفية إظهار الانزعاج الواضح في الدعوة للخروج ، مع صراخ ، أو شتم ، أو غمز وللمز ، أو إجراء تأثيرات صوتية أخرى . وهذه السلوكيات هي السائدة وخاصة في الليل وتحت الظروف التي تعاني من نقص التحفيز البيئي المحيط بالحالة .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار الهذيان هو الأعلى بين الأفراد الأكبر سنا : ويختلف اعتماداً على خصائص الأفراد ، وتحديد مستويات الرعاية في المستشفى ، وحساسية أسلوب الكشف الطبي . أما معدل انتشار الهذيان في المجتمع عموما فهو منخفض (أقل٢ ٪) ، ولكن تتم الزيادات مع التقدم في العمر ، وترتفع إلى ١٤ ٪ بين الأفراد الأكبر سنا من ٨٥ عاما . أما معدل الانتشار فهو ١٠ ٪ -٣٠ ٪ في الأفراد الأكبر سنا الذاهبين لأقسام الطوارئ ، حيث أن الهذيان غالباً ما يشير إلى وجود مرض طبي .

معدل انتشار **Prevalence** الهذيان : نسب قبول الأفراد إلى المستشفى تتراوح بين ١٤ إلى ٢٤ ٪ ، وتشير التقديرات بأن حالات الهذيان التي تذهب للعلاج في المستشفيات تتراوح قد تصل إلى ٥٦ ٪ في أعداد المستشفيات العامة . ويحدث الهذيان في ١٥ -٥٣ ٪ من الأفراد الأكبر سنا ، أو بعد عمل جراحي في ٧٠ -٨٧ ٪ من هؤلاء في العناية المركزة . كما يحدث الهذيان فيما يصل الى ٦٠ ٪ من الأفراد في بيوت التمريض أو فى مراكز الرعاية بعد الحادة وتصل نسبتهم إلى ٨٣ ٪ من جميع أفراد حالات الهذيان .

دورة التنمية Development and Course :

في حين أن الغالبية العظمى من الأفراد الذين يعانون من الهذيان ، يتم لهم الشفاء التام مع أو بدون علاج ، إلا أن التعرف المبكر والتدخل السريع عادة ما يقصر مدة الهذيان . وقد يتفاقم الهذيان إلى ذهول ، وغيبوبة ، أو إلى الموت ، خاصة إذا ظل المصدر بدون علاج . أما الوفيات بين الأفراد في المستشفى مع الهذيان فتتم بصورة عالية ، مع ما يصل الى ٤٠ ٪ من الأفراد الذين يعانون من الهذيان ، وخاصة أولئك الذين لديهم أورام خبيثة وغيرها من الأمراض الطبية الهامة ، الذين - قد - يموتون في غضون سنة بعد التشخيص .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : يمكن زيادة الهذيان في سياق وظيفي ضعيف ، ويجب أن ينظر مع تاريخ الجمود ، وانخفاض مستويات النشاط ، واستخدام العقاقير والأدوية مع الخصائص النفسية المصاحبة (وخاصة مع الكحول والكولين) .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : ويمكن لكل من الأمراض غير المعدية الرئيسة أو الخفيفة أن تزيد من خطر الهذيان وتعقد دورة المخاطر الفسيولوجية . كما أن الأفراد الأكبر سنا - بشكل خاص - عرضة أكثر -للهذيان مقارنة مع البالغين الأصغر سنا . أما القابلية للهذيان في مرحلة الرضاعة والطفولة فهى نادرة / عنه بنسب أكبر في مرحلة البلوغ المبكرة والمتوسطة . وقد يكون الهذيان في مرحلة الطفولة ، مرتبطاً بالأمراض الحموية (الحمى بأنواعها) وبعض الأدوية (مثل مضادات الكولين) .

التشخيص التفاضلى التشخيص :

بالإضافة إلى النتائج المختبرية المميزة للظروف الطبية الأساس (أو مع حالات تسمم الانسحاب) ، وغالباً المعمم منه ، والذى يظهر تباطؤ في المخ ، والذى قد يترافق مع - في بعض الأحيان - بسرعة النشاط (على سبيل المثال : في بعض الحالات من انسحاب هذيان الكحول) .

العواقب الوظيفية من اضطراب مادة الهذيان :

يرتبط الهذيان مع زيادة انخفاض الوظيفي لدى الأفراد المنومين بالمستشفيات فى ٦٥ سنة أو أكثر مع الهذيان أكثر بنسبة ثلاثة أضعاف من الخطر (من وضع التمريض

المنزلي) ، وبحوالي ثلاثة أضعاف من الانخفاض الوظيفي لدى المرضى بالمستشفيات دون هذيان .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية واضطرابات القطبين ، والاكتئاب تترافق مع ميزات ذهاني : والتي تتميز بالهذيان والهلوسة الحية ، والأوهام ، واضطرابات اللغة ، ويجب التمييز بين التحريض الوجيز من اضطراب ذهاني ، والفصام ، اضطراب الشكل الفصامي ، واضطرابات نفسية أخرى ، وكذلك من اضطرابات القطبين ، والاكتئاب الذهاني .

اضطراب التوتر الحاد : والهذيان الذي يرتبط بالخوف ، والقلق ، وأعراض الفصام ، مثل تبدد الشخصية ، ويجب التمييز بين اضطراب الإجهاد الحاد ، والذي يُعجل من حدوثه التعرض لحدث صادم بشدة / وبين التمارض والاضطراب الصنعي (المصطنع / التمارض) . كما يمكن تمييز الهذيان عن غيره من هذه الاضطرابات على أساس الأعراض ، والتي غالباً ما تتصل باضطراب التمارض الصنعي ، الذي يشير إلى عدم وجود حالة طبية أخرى أو مادة ذات الصلة بالاضطرابات المعرفية المصطنعة .

الاضطرابات العصبية الأخرى : قضية التشخيص التفاضلي الأكثر شيوعاً ، يتم عند تقييم الارتباك لدى كبار السن وبمعزل عن أعراض الهذيان والخرف . ويجب على الطبيب تحديد ما إذا كان الفرد لديه الهذيان؛ فرضية الهذيان / مع الأمراض غير المعدية الموجودة مسبقا ، أم لا ، مثل ما ينظر إليه مع مرض الزهايمر؛ أو الأمراض غير المعدية دون الهذيان . ويتم التمييز التقليدي بين الهذيان والخرف وفقا لشدة الحالة / ومن بدايتها الزمنية ، ولا سيما لدى الأفراد المسنين الذين كان NCD قبل أن قد لا يكون معترف بها ، أو الذين يصابون بالانخفاض المعرفي المستمر ، مع انخفاض القيمة التالية لحلقة من الهذيان .

الهذيان ومحدد أخرى (R41.0) :

ينطبق هذا التصنيف على العروض التي الأعراض المميزة من الهذيان التي تسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المجالات والمهام الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها مجالات عمل الهامة ، التي تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة للهذيان أو أي من الاضطرابات العصبية من فئة التشخيص .

ويستخدم الهذيان المحدد الآخر مع فئة التشخيص في الحالات التي يختار فيها الطبيب يختار إيصال سبب محدد للأعراض التى لا تلبي معايير الهذيان أو أي اضطراب عصبي محدد ، ويتم ذلك من خلال تسجيل "الهذيان المحدد" متبوعة بسبب المحدد (على سبيل المثال متلازمة الهذيان الموهن) .

مثال على العرض الذي يمكن تحديده باستخدام "الأخرى المحددة" هى كما يلي :-

متلازمة الهذيان الموهن : وينطبق هذا على حالات الهذيان التي تتصف بشدة الضعف الإدراكي الذى لا يرقى إلى مستوى ما هو مطلوب تشخيصه ، أو في التي لا تلتقى مع المعايير التشخيصية للهذيان .

الهذيان غير المحدد (R41.0) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة من الهذيان ، والتى تسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المجالات والمهام الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من مجالات العمل الهامة ، والتى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة للهذيان ، أو لأي من الاضطرابات العصبية من فئة التشخيص .

ويستخدم الهذيان غير المحدد مع فئة الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب الذي لم يتم استيفاؤه ليناسب معايير الهذيان ، أو أن المعلومات غير كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

اضطرابات العصبية الرئيسة Major Neurocognitive Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الدليل على التدهور المعرفي الكبير من المستوى السابق للأداء يتحدد في واحد أو أكثر المجالات المعرفية (انتباه معقدة ، وظيفة تنفيذية ، والتعلم والذاكرة ، اللغة ، الإدراك الحسي الحركي ، أو الإدراك الاجتماعي) على أساس : -

١. قلق الفرد ، مع انخفاض كبير في الوظائف المعرفية .

٢. ضعف كبير في الأداء الإدراكي ، ويفضل أن يتم توثيقه بالاختبار النفسي العصبي الموحد ، ولا يتم تقييمه بصورة كمية سريرية أخرى .

B . يتداخل العجز المعرفي مع الاستقلال في أنـشطة الحيـاة اليوميـة (أي ، كحـد أدنى ، يطلب المساعدة مع أنشطة مفيـدة معقـدة مـن الحيـاة اليوميـة مثـل دفـع الفـواتير أو إدارة الأدوية) .

C. العجز المعرفي الذى لا يحدث حصراً في سياق الهذيان .

لا يتم شرح العجز المعرفي الدال بصورة أفضل من خـلال اضـطراب عقلـي آخـر (مثل اضطراب الاكتئاب وانفصام الشخـصية الـرئيس) . تحديـد مـا إذا كـان للأسـباب التالية : -

- مرض الزهايمر .
- تدهور جبهي صدغي فصي (فى وظائف الدماغ) .
- أمراض ليوي الجسم .
- أمراض الأوعية الدموية .
- إصابات في الدماغ .
- استخدام مادة الدواء .
- عدوى فيروس نقص المناعة البشرية .
- مرض بريون .
- مرض باركنسون .
- المرض هنتنجتون .
- حالة طبية أخرى .
- مسببات متعددة .
- غير محدد .

ملاحظة عن الترميز : الرمز الأسـاس للمـسببات الطبيـة أو المـواد المخـدرة : في بعض الحالات ، توجد حاجة للحصول على رمز إضافي لحالة طبية مسببة ، والتي يجب أن تسبق مباشرة رمز التشخيص لاضطراب عصبي رئيس ، على النحو التالي :

كود حالة طبية كبرى المرتبطة – بمعتدل رئيس – أو سلالة عصبية مسببة TIVE ، أو كود الاضطراب المبرمج المحتمل لمـرض الزهـايمر هـو : (G30.9) والمحتمـل هـو : x

G31.84) 331.83.الأمراض المحتملـة : غـير الإضـافية (F02.8X) (ولا يـستخدم كـود المحتملة : كود tional ل (G31.9) '= مرض الزهايمر) .

أما الكود الأول ، فيكتب قبل رمز الاضطراب العـصبي الكـبير . ورمـز الحـرف الخامس يكتب على أساس الأعراض المحددة : XO ولو كان دون اضطراب سـلوكي؛ XL (مثل الأعراض الذهانية ، واضطراب المزاج ، والتهيج ، واللامبـالاة ، أو غيرهـا من أعراض الاضطرابات السلوكية) .

ملاحظة : لا يمكن أن تكون الاضـطراب الـسلوكية ، مـشفرة ، أو محـددة مـا لم يشار في الكتابة إلى : انظر " مادة الاضطراب " سواء فى الاضـطراب العـصبي الـرئيس ، أو الاضطراب المعتدل الناتج عن الأدوية .

تحديد : -

الاضطراب السلوكى **behjavioral** : ما إذا كان يترافق مـع الاضـطراب المعـرفي من قبل أي اضطراب سلوكي سـريري هـام ، أو مـع اضـطراب سـلوكي (تحديـد نـوع الاضطراب) : أو إذا رافق الاضطراب المعرفي قبل الاضطرابات السلوكية السريرية الهامة (مثل الأعراض الذهانية ، واضطراب المزاج ، والتـهيج ، واللامبـالاة ، أو الأعـراض السلوكية الأخرى) .

تعيين خطورة الحالة : -

- الخفيفة : صعوبات مع أنشطة المفيـدة مـن الحيـاة اليوميـة (مثـل الأعمـال المنزليـة وإدارة المال) .
- المعتدلة : صعوبات مع الأنشطة الأساس للمعيشة اليومية (مثل التغذيـة ، وخلـع الملابس) .
- الشديدة : تعتمد كامل ما سبق .

الاضطراب العصبي الخفيف Mild Neurocognitive Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . الأدلة على التدهور المعرفي متواضعة ، وفقاً للمستوى السابق من الأداء في واحد أو أكثر المجالات المعرفية (انتباه معقد ، وظيفة تنفيذية ، والتعلم والذاكرة ، اللغة ، الإدراك الحسي ، أو الإدراك الاجتماعي) على أساس : -

١. قلق للفرد ، المستند على الجوانب المعرفية ، وعلى الطبيب أن تكون لديه القدرة على العلاج المستند على التحكم في الوظائف المعرفية .

٢. انخفاض متواضع في الأداء الإدراكي ، ويفضل الاختبارات التي تم توثيقها (المقننة مع الصدق والثبات) مثل الاختبار النفسي العصبي الموحد ، أو في حالة عدم تقييم وجوده بصورة كمية سريرية أخرى .

B . العجز المعرفي الذى لا يتداخل مع القدرة على الاستقلال في أنشطة الحياة اليومية (أي الأنشطة المفيدة المعقدة ، من الحياة اليومية مثل دفع الفواتير، أو يتم الاحتفاظ بإدارة الأدوية ، مع المزيد من الجهود والاستراتيجيات التعويضية الأخرى) .

C. العجز المعرفي لا يحدث حصرا في سياق الهذيان : ولا يتم شرح العجز المعرفي الدال بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (مثل اضطراب الاكتئاب الرئيس ، وانفصام الشخصية) .

تحديد ما إذا كان للأسباب التالية : -

١. مرض الزهايمر .

٢. تدهور فصي جبهي صدغي .

٣. أمراض ليوي الجسم .

٤. أمراض الأوعية الدموية .

٥. إصابات في الدماغ .

٦. استخدام مادة دوائية .

٧. عدوى فيروس نقص المناعة البشرية .

٨. مرض بريون .
٩. مرض باركنسون .
١٠. مرض هنتنجتون .
١١. حالة طبية أخرى .
١٢. مسببات متعددة .
١٣. غير محدد .

ملاحظة عن الترميز : ومثلاً الاضطراب العصبي الخفيف الذى يعود لأي من المسببات الطبية المدرجة أعلاه ، يرمز (G31.84) . ولا تستخدم رموز إضافية مفترضة مع الظروف الطبية للمادة التي يسببها الدواء مثل اضطراب عصبي خفيف ، ويحدد الكود بناء على نوع المادة ، مع تنويه انظر "مادة الأدوية المستحثة الرئيسة " أو " اضطراب عصبي معتدل " أو " اضطراب عصبي خفيف غير محدد" ويرمز (R41.9) .

تحديد : -

✓ دون اضطراب سلوكي : إذا لم يترافق مع الاضطراب المعرفي من قبل أي اضطراب سلوكي سريري هام .
✓ مع اضطراب سلوكي (تحديد اضطراب) : إذا ارتبط باضطراب معرفي ، أو من قبل الاضطرابات السلوكية السريرية الهامة (مثل أعراض ذهانية ، اضطراب المزاج ، والتهيج ، واللامبالاة ، أو الأعراض السلوكية الأخرى) .
✓ الاضطرابات العصبية الرئيسة والفرعية (الأمراض غير المعدية) : يتم في المقام الأول تشخيص فروض الكيان أو الكيانات التي يقوم عليها التدهور المعرفي المسبب للحالة المرضية .

وتتميز الأنواع الفرعية على أساس مزيج من دورة زمنية ، مميزة للمجالات المتضررة ، مع الأعراض المصاحبة . وبالنسبة لبعض الأنواع الفرعية المسببة لها ، ويعتمد التشخيص إلى حد كبير على وجود كيان يحتمل أن يكون المسبب للمرض مثل :

الشلل الرعاش ، أو مرض هنتنجتون [١] ، أو إصابات في الدماغ أو السكتة الدماغية ، على أن يتم التشخيص فى الوقت المناسب للعوامل الفرعية الأخرى المسببة لـه وتـشمل (عموما الأمراض العصبية مثل مـرض الزهـايمر ، ومـرض التـدهور الجبـهي الـصدغي فصي ، وأمراض ليوي الجسم) [٢] ، ويستند التشخيص في المقام الأول على الأعـراض المعرفية والسلوكية ، والوظيفية . عـادة ، أمـا التمـايز بـين هـذه المتلازمـات فيفتقـر إلى الكيان المسبب له الأوضح على مستوى الأمراض غير المعدية NCD الرئيسة من المستوى المعتدل ، ولكن في بعض الأحيان تتميز الأعراض والسمات المرتبطة به بوجودهـا علـى مستوى معتدل كذلك .

وكثيراً ما تمكنت تلك الأمراض غـير المعديـة مثـل (مجـالات الأعـراض الذهانيـة والاكتئاب) من الأطباء وفي التخصصات المتعددة . بالنسبة للعديد من الأنواع الفرعية ، فقد وضعت مجموعة من الحالات المتعددة من نتيجة إجماع المتخصصين عبر مجموعـة مـن المعايير التى تقوم على العلاقة الإكلينيكية الأساس لعلم الأمـراض الـدماغ ، كمـا تمـت مواءمة معايير النوع الفرعي هنا فى هذا الدليل DSM-5 مع معايير الخبراء .

محددي المواصفات Specifiers :

تم الاعتراف بدليل على المميزات السلوكية الواضحة في الأمراض غير المعدية ، ولا سيما في مجالات أعراض الذهانية والاكتئاب . بالإضافة إلى ميزات نفـسية شـائعة في العديد من الأمراض غير المعدية ، وخاصة في المراحل الخفيفة الى معتدلة مـن الأمـراض

---

(١) مـرض هنتنجتـون :هـو مـرض عقلـي وراثـي يـشابه تـدهور مرحلـي للحالـة العقليـة، بـسبب موت خلايا في المخ .هـو مـرض تنكـسي مترقٍ يُـسبب تلـف خلايـا عـصبية معينـة في الـدماغ، ونتيجة لذلك تظهر حركات لا إرادية واضطرابات عاطفية وتدهور في الحالة العقلية.

(٢) ليـوي الجـسم (LBD)، وأمـراض الجـسم ليـوي منتـشر، وأمـراض ليـوي الجـسم القـشرية، وخـرف الـشيخوخة مـن نـوع ليـوي، هـو نـوع مـن الخـرف المرتبطـة بـشكل وثيـق مـع باركنـسون المـرض . ويتميـز هـذا تـشريحيا مـن خـلال وجـود هيئـات ليـوي ، كتـل مـن ألفـا **synuclein** واليوبيكـويتين الـبروتين في الخلايـا العـصبية ، الـتي يمكـن اكتـشافها في الأنـسجة بعـد الوفـاة الدماغيـة .[1] يـؤثر الخـرف الجـسم ليـوي ١,٣ مليـون شخص في الولايات المتحدة وحدها.

غير السارية الرئيسة بسبب مرض الزهايمر ، وأمراض الجسم ليـوي ، وانحطـاط الفـص الجبهي ، وجنون العظمة ، وغيرها الأوهـام ذات الـسمات المـشتركة ، وغالبـاً مـا قـد يكون موضوع الاضطهاد جانبا بارزا فى أفكار التوهـم .

وعلى النقيض من الاضطرابات الذهانية ، الـتى قـد تظهـر في وقـت سـابق مـن الحياة (على سبيل المثال : انفصام الشخـصية) ، والكـلام غـير المنظم ، والـسلوك غـير المنظم ، وهو ليس من سمات الذهان في الأمراض غير المعدية . وقد تحدث الهلوسة بأي طريقة ، وعلى الرغم من أن الهلوسة البصرية هي الأكثر شيوعاً في الأمراض غير المعدية (من الاكتئاب ، واضطراب ثنائي القطب ، أو الاضطرابات الذهانية) .

اضـطرابات المـزاج : وبمـا في ذلـك الاكتئـاب ، والقلـق ، والغبطـة ، الـتى قـد تحدث ، أما الكآبة فهى أمر شائع في مرحلة مبكرة مـن دورة الاضـطراب (بمـا في ذلـك على مستوى معتدل/ الأمراض غير المعدية NCD) بسبب مثلاً مرض الزهـايمر المـرض، ومرض باركنسون ، في حين قد تحدث الغبطة الأكثر شيوعاً مع تدهور الفص الجبهى ، خاصة إذا ترافق مع المتلازمة العاطفيـة بالكامـل ، وذلـك يـتم وفـق معـايير تـشخيص اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب ، والذى يجب أن يكون تشخيصه مشفراً كذلك .

ويتم التعرف على أعراض المزاج بشكل متزايد ، والـذى يـشكل ميـزة كـبيرة في المراحل الأولى من تشخيص الأمراض غير المعديـة الخفيفـة ، بمـا يتـيح سـرعة التـدخل السريرية الهام .

كما أنه يُشاع التحريض (مقاومة ضد مقدمى الرعايـة) بـين مجموعـة واسـعة مـن الأمراض غير المعدية ، وخاصة في الأمراض غير السارية الرئيسة (بين معتدلـة الـشدة / والشديدة) وغالباً ما يحدث التحريض في وضع الارتبـاك أو الإحبـاط . وقـد قـد تـنشأ السلوكيات العنيفه ، لا سيما في سياق مقاومة واجبات الرعاية مثل : الاستحمام وتغيير الملابس ، كما يتميز المحرك التحريضى بالنشاط التخريبي أو النـشاط الـصوتي ، ويميـل حدوثه فى مراحل متقدمة من الضعف الإدراكي وعبر كل من الأمراض غير المعدية .

يمكن للأفـراد مـع تقـديم الأمـراض غـير المعديـة NCD مـع طائفـة واسـعة مـن الأعراض السلوكية التي هـي محـور العـلاج ، ويعـد اضـطراب النـوم هـو عـرض مـن الأعراض المشتركة التي يمكن أن تـصنع حاجـة للاهتمـام الـسريري ، والـتى ويمكـن أن تشمل أعراض الأرق ، وفرط النوم ، واضطرابات الإيقاع الساعة البيولوجية .

اللامبالاة هو عرض شائع خفيف / ومعتدل / وكبير **NCD** : وقد لوحظ خاصة في الأمراض غير المعدية بسبب مرض الزهايمر ، وربما تكون سمة بارزة من الأمراض غير المعدية بسبب تدهور الفص الجبهي . ويتميز عادة باللامبالاة من قبل تقلص الدافع وانخفاض السلوك الذي توجهه أهداف ترافقه انخفاض الاستجابة العاطفية .

وقد تظهر أعراض اللامبالاة في وقت مبكر في سياق الأمراض غير المعدية عند فقدان الدافع لمتابعة الأنشطة اليومية أو الهوايات التي يمكن ملاحظتها . وتشمل الأعراض السلوكية الهامة الأخرى ، السلوك الفاضح ، فرط الأكل ، والاكتناز . وبعض من هذه الأعراض هي سمة من اضطرابات معينة ، كما نوقشت - سلفاً - في المقاطع ذات الصلة . عندما لوحظ اضطراب السلوك أكثر من مرة واحدة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

وجود الأمراض غير المعدية الرئيسة والخفيفة مع طائفة من ضعف الإدراك الوظيفي الرئيس NCD والذى يتوافق مع الشرط المشار إليه في الدليل الرابع DSM-IV كما الخرف ، والذى يكتسب الميزة الأساس من الأمراض غير المعدية المتصلة بالتدهور المعرفي في واحد أو أكثر من المجالات المعرفية (.A) على أساس :

١) القلق إزاء تدهور جزء من إدراك الفرد ، بما يشير إليه المحيطين به ، أو الطبيب .

٢) نتائج تقييم الأداء موضوعي بناء على ما يلاحظ من انخفاض القدرات الذهنية مع مرور الوقت .

عندما يكون هناك تركيز خاص على (اختبار الهدف) ، وهو اضطراب قد يكون غير مشخص في الأفراد مع الأداء الفعلى الحالى " الطبيعي " وقد يمثل انخفاضاً كبيراً في قدراته ، أونتيجة مرض تم تشخيصه بصورة غير صحيحة ، أو هو نتيجة لعوامل خارجية مثل ظروف الاختبار أو المرض العابر . وبدلا من ذلك ، قد يعود إلى أعراض ذاتية لتشخيص المرض في الأفراد الذين يعانون من ضعف البصيرة ، أو الذين ينكرون أو لا يلاحظ أعراضهم الآخرين ، أو أنها قد يعود للحساسية القلقة المفرطة .

ويختلف مصدر القلق المعرفي عن شكوى قد تكون صحيحة / أو لا تكون ، وإنما نبعت من تلقاء أنفسهم . وبدلا من ذلك ، قد يحتاج الأمر إلى استجواب دقيق حول الأعراض المحددة التي تحدث عادة في الأشخاص الذين يعانون من العجز المعرفي .

وعلى سبيل المثال : قد يشمل صعوبة الذاكرة المخاوف من الفشل فى تذكر قائمة البقالة القصيرة ، مخاوف تنفيذية وتشمل صعوبة استئناف مهمة عندما يحدث توقف ، أو تخطيط وجبة العيد ، وقد يصنف ذلك على مستوى الأمراض غير المعدية NCD المعتدلة ، والتى من المرجح أن تصف هذه المهام بأنها أكثر صعوبة أو أنها تتطلب وقتا إضافيا أو جهد أو استراتيجيات تعويضية .

على مستوى رئيس من الأمراض غير المعدية NCD ، فلا يجوز استكمال هذه المهام بمساعدة أو قد يتم التخلى عنها تماما ، وعلى الأفراد وأسرهم ملاحظة مثل هذه الأعراض ، أو التعامل معها بشكل طبيعي ، وخاصة في كبار السن ، ومن الأهمية القصوى الحذر عند أخذ التاريخ المرضى لهؤلاء الأفراد .

ويجب أن تمثل تلك الصعوبات والتغييرات بدلا من ذلك / نمطاً عادياً من أنماط الحياة ، كما يمكن للفرد أو المحيطين به قد توضيح هذه المسألة ، ويمكن للطبيب أن نستنتج التغير (من خبرته السابقة) مع المريض أو من المهنيين أو من غيرها من القرائن ، ومن الأهمية بمكان أيضاً تحديد الصعوبات التي ترتبط بالعجز المعرفي بدلا من وضع المزيد من القيود على الحالة .

تقارن نتائج الاختبار النفسي العصبي ، مع المعايير المناسبة لعمر المريض ، وبتحصيله العلمي ، وخلفيته الثقافية ، جزء مكمل من معايير تقييم الأمراض النفسية والعضوية غير المعدية ، والتى تعتبر حاسمة بوجه خاص في تقييم الحلات الخفيفة من الأمراض الكبرى غير المعدية NCD .

وعادة ما يتراوح الأداء ما بين (٢) أو أكثر من الانحرافات المعيارية ، أما أقل المعايير المناسبة فهى عند (المئين ٣ أو أقل) . مع الأمراض غير المعدية الخفيفة NCD ، والذى يكمن عادة في الانحراف المعياري ١-٢ مجموعة (بين ٣ و١٦ درجة) . ومع ذلك ، فإن الاختبار النفسي العصبي لا يتوفر في جميع الأماكن ، مع العتبات العصبية الحساسة للاختبار المحدد ، أو مع المعايير المستخدمة ، وكذلك لاختبار الشروط أو القيود الحسية .

أما المجموعة المتنوعة من التقييمات المستندة إلى المكتب (الفحص العيادى) أو " السريرية " الوجيزة ، فيمكن أيضاً توفير بيانات موضوعية في الإعدادات، حيث أن هذه الاختبارات قد تكون غير متوفرة أو غير مجدية .

وعلى أي حال ، فإن المخاوف المعرفية ، يجب أن تفسر الأداء الموضوعي على النحو الأمثل في ضوء أداء الفرد السابقة . ومن شأن هذه المعلومات أن تكون متاحة من قبل مدير نفس تلك الاختبارات ، ولكن في كثير من الأحيان يجب أن يستدل عليها بناء على المعايير المناسبة للحالة ، وذلك جنبا إلى جنب مع التاريخ المرضى التعليمي للفرد وغيرها من العوامل .

أما المعايير هي أكثر تحديا وقدرة على تفسير علامات وأعراض الأشخاص الذين يعانون من حالة عالية جداً ، أو مع مستويات منخفضة جداً من التعليم ، أو مع الأفراد الذين يجري اختبارهم بلغة أخرى خارج لغتهم الخاصة أو الخلفية الثقافية لديهم .

ويتعلق المعيار (B) بمستوى الفرد وبمدى استقلاله في سير حياته اليومية ، وقد تبين أن الأفراد مع الأمراض غير السارية الرئيسة لديهم ضعف شديد كافياً ليسمح بتداخل العوامل الأخرى المؤثرة على المرض ، بحيث تتداخل مع استقلاله الذاتى ، مثل أن الآخرين سوف يضطروا إلى تولي المهام التي كان قادراً في السابق على استكمالها بمفرده . وحتى على الرغم من استقلالية الفرد ، إلا أنه قد يكون هناك تدخل خفي مع وظيفة أو مع المهام التى تتطلب المزيد من الجهد أو تأخذ وقتا أكثر من ذي قبل .

التمييز بين الأمراض غير السارية الرئيسة والمعتدل هو إجراء تعسفي بطبيعته : وتوجد تلك الاضطرابات على طول سلسلة متصلة ، لذا فإن العتبات الدقيقة يصعب تحديدها بدقة ، إلا مع أخذ التاريخ المرضى ، والمراقبة ، والتكامل مع النتائج الأخرى المطلوبة ، كما أن الآثار المترتبة التشخيص يجب أن تؤخذا في الاعتبار عند فحص وتشخيص المظاهر السريرية للفرد .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

عادة ما ترتبط المميزات والأعراض بدعم تشخيص الأمراض غير السارية الرئيسة أو المعتدلة ، أو المحددة بسبب معين (مثل حساسية الذهان والهلوسة البصرية في الأمراض غير المعدية بسبب مرض ليوي الجسم) . كما يتم تشخيص السمات الخاصة بكل نوع من الأنواع الفرعية التي وجدت في الأجزاء ذات الصلة .

معدل انتشار Prevalence :

يسود معدل انتشار الأمراض غير المعدية على نطاق واسع ويختلف حسب العمر والنوع الفرعي المسبب له : وعادة ما يعاني منه الأفراد من كبار السن ، أو بين الأفراد الأكثر من ٦٠ عاما ، كما يزيد معدل الانتشار الحاد مع التقدم في السن ، وتشير تقديرات معدل الانتشار الأكثر دقة للنطاقات الضيقة من العمر بالنسبة لفئات واسعة مثل " أكثر من ٦٥ " (حيث أن متوسط العمر يمكن أن يختلف اختلافا كبيراً مع متوسط العمر المتوقع لسكان معينين) .

وبالنسبة لأولئك مع الأنواع الفرعية من تلك الأمراض ، والتي تحدث عبر العمر ، وتشير تقديرات معدل الانتشار للأمراض غير المعدية - المتاحة - فقط على جزء صغير من الأفراد الذين يصابون بالأمراض غير السارية مع شرط ذات الصلة (على سبيل المثال : إصابات الدماغ ، وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية) .

ويقدر معدل انتشار الخرف (والذي هو متطابق إلى حد كبير مع كبرى الأمراض غير المعدية NCD) إلى ما يقرب من ١ ٪ -٢ ٪ في سن ٦٥ سنة وتصل إلى ٣٠ ٪ بحلول سن ٨٥ عاما ، وبمعدل انتشار الأمراض غير المعدية الخفيفة جداً التى لا تقترب من تعريف اضطراب ، ولا سيما في المجتمعات المنضبطة ، حيث تشير التقييمات إلى نسب أقل تفصيلا ، بالإضافة إلى تناقص مع الإعدادات السريرية ، حيث يجب أن يكون لقلق معرفي عالي للحصول على الرعاية ، وقد يكون هناك تراجع واضح أقل من أداء خط الأساس الطبيعي للفرد عن ذى قبل . وتشير تقديرات معدل انتشار الضعف الإدراكي المعتدل ، مع انخفاض القيمة (المنسجمة إلى حد كبير مع الأعراض الخفيفة NCD) بين الأفراد كبار السن والتي تتراوح من ٢ ٪ إلى ١٠ ٪ في سن ٦٥ عاما و٥ ٪ إلى ٢٥ ٪ بحلول سن ٨٥ عام .

دورة التنمية Development and Course :

أثناء التعرض للأمراض غير المعدية NCD قد يحدث تفاوت بين الأنواع الفرعية المسببة لها ، وهذا الاختلاف يمكن أن يكون مفيداً في التشخيص التفريقي . فبعض الأنواع الفرعية (على سبيل المثال : تلك المتعلقة بإصابات في الدماغ ، أو السكتة الدماغية) تبدأ عادة في وقت محدد (وعلى الأقل بعد الأعراض الأولية المرتبطة بالالتهابات أو التورم الذى قد يهدأ) إلا أنها تظل ثابتة ، وقد تتقلب مع مرور الوقت

(على الرغم من إذا حدث هذا ، ينبغي النظر في إمكانية حدوث الهذيان كفرضه على الأمراض غير المعدية) .

أما الأمراض غير المعدية بسبب الأمراض العصبية مثل مرض الزهايمر أو تدهور الفص الجبهي فعادة ما يتميز ببداية مفاجئة مع التقدم التدريجي لظهور العجز المعرفي والمميزات المرتبطة به والتى تساعد على التمييز بينهم .

الأمراض غير المعدية : وتبدأ فى الظهور في مرحلة الطفولة والمراهقة ، وقد يكون لها انعكاسات اجتماعية وفكرية واسعة ، أو في ظهور إعاقة ذهنية واضحة من (الجوانب الفكرية / مع اضطراب النمو) أو الاضطرابات العصبية النمائية الأخرى ، والتى يمكن تشخيصها لالتقاط صورة التشخيص الكامل وضمان توفير مجموعة واسعة من الخدمات ، وذلك في الأفراد الأكبر سنا ، والذى غالباً ما يسهم فى حدوث الأمراض غير المعدية ، والذى قد يتطور إلى أمراض طبية ، تتميز بالضعف ، وفقدان الحواس ، والتي تعقد الصورة السريرية للتشخيص والعلاج .

عندما يحدث فقدان معرفي لدى الشباب فى منتصف العمر ، فإن الأفراد والأسر من المرجح أن يلتمسوا الرعاية المطلوبة . وتعد الأمراض غير المعدية NCD مثل (الاكتئاب ، وضعف الانتباه وغيرها) والتى عادة ما تكون أسهل فى تحديدها في سن أصغر ، وإن كانت في بعض البيئات قد تكون اضطرابات (صنعية / تمارض) أو غير مصدرة للقلق . وفي وقت متأخر جداً فإن الحياة المعرفية / قد لا تسبب أعراض للقلق أو قد تذهب دون أن يلاحظها أحد .

وفي المراحل المتأخرة من العمر ، يجب أن تكون تلك الأعراض خفيفة NCD ويمكن تمييزها عن العجز الأكثر تواضعا المرتبط " بالشيخوخة الطبيعية " ، وعلى الرغم من أن جزءا كبيرا مما قد يعود إلى الشيخوخة الطبيعية المرجحة قد تظهر مبكراً عبر مراحل مختلفة من الأمراض غير المعدية .

وبالإضافة إلى ذلك ، يصبح من الصعب التعرف على الأعراض الخفيفة NCD مع التقدم في السن ، والذى يرتبط بمعدل انتشار متزايد ناتجاً عن مرض طبي أو عجز حسي . وقد يصبح من الصعب التفريق بين الأنواع الفرعية مع التقدم في السن لأن هناك مصادر محتملة متعددة للتراجع العصبي .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

عوامل الخطر تختلف ليس فقط من النوع الفرعي المسبب لها ، ولكن أيضاً حسب العمر مع بداية تلك الأسباب الفرعية . كم تتوزع بعض الأنواع الفرعية عبر مختلف مراحل العمر ، في حين - تحدث آخرون حصريا - أو في المقام الأول عن حدوثها في المراحل المتأخرة من العمر .

أما معدل الانتشار النسبي فيختلف مع تقدم العمر : ويعد مرض الزهايمر الأكثر شيوعاً حتى قبل سن٦٠ عاما ، وبمعدل انتشار يزيد بشكل حاد بعد ذلك ، في حين أن الأقل شيوعاً هو الضمور الفص الجبهي الذى له بداية في وقت سابق ، ويمثل الجزء التدريجى الأصغر من الأمراض غير المعدية مع التقدم في السن .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : العامل الخطر الأقوى للأمراض غير المعدية الرئيسة المعتدل في المقام الأول هو متغير العمر ، لأن العمر يزيد من خطر الإصابة بأمراض الاعصاب الدماغية .

ويرتبط الجنس الأنثوي مع ارتفاع معدل انتشار الخرف عموما ، وخصوصا مرض الزهايمر ، ولكن هذا الاختلاف إلى حد كبير ، إن لم يكن يعزى إلى زيادة طول العمر في الإناث .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة Culture-Related Diagnostic issues :

الأفراد والأسر على مستوى الوعي والقلق، وحتى مع الأعراض العصبية ، قد تختلف باختلاف الجماعات العرقية والمهنية . أما الأعراض العصبية ، فمن المرجح أن تلاحظ ، لا سيما على مستوى معتدل في الأفراد الذين ينخرطون في الأعمال المهنية ، والأنشطة المنزلية ، أو ترفيهية .

بالإضافة إلى ذلك ، فإن القواعد العصبية للإختبار تميل لتكون متوفرة للأفراد على نطاق واسع ، وبالتالي فإنها قد لا تكون قابلة للتطبيق بسهولة للأفراد ممن هم أقل من التعليم الثانوي أو مع من يجري تقييمهم خارج لغتهم الأساس أو الثقافة .

تشخيص القضايا المتعلقة بنوع الجنس

: Gender-Related Diagnostic issues

مثل العمر ، والثقافة ، والتعليم ، والتي تؤثر على مستوى القلق والوعي والأعراض المعرفية ، بالإضافة إلى تلك الأمراض غير المعدية ، والتي تحدث في وقت

متأخر من الحياة ، ومن المرجح أن يكون كبار السن من الإناث ، والذين قد يحصلون على مزيد من الاعتلال الطبي المشترك ، وقد يعانوا من العيش وحدهم ، والتي يمكن أن تعقد عملية التقييم والعلاج . بالإضافة إلى ذلك ، هناك اختلافات بين الجنسين في وتيرة بعض الأنواع الفرعية المسببة لها .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

بالإضافة إلى التاريخ المرضى الدقيق ، فإن التقييمات النفسية العصبية تشير إلى التدابير الرئيسة لتشخيص الأمراض غير المعدية ، لا سيما التى على المستوى المعتدل ، ويمكن أن تحدث تغييرات وظيفية ضئيلة وأعراض أكثر مكرا .

ومن الناحية المثالية ، فقد يحال الأفراد مع تلك الأمراض العصبية الرسمية لنتائج الاختبار ، والتي سوف توفر التقييم الكمي لجميع المجالات ذات الصلة ، وبالتالي قد تساعد في التشخيص ، وتوفر التوجيه الأسرى في المناطق التي يحتاج فيها الفرد – من كبار السن – مع المزيد من الدعم ، والذى يمكن أن يكون بمثابة مؤشر لمزيد من انخفاض الاستجابة للعلاج .

وعندما لا يتوفر هذا الاختبار ، أو يصبح غير مجدي ، فإن التقييمات الموجزة يمكن أن توفر نظرة ثاقبة لكل تلك المجالات ، ومع ذلك فقد تشكل تلك الاختبارات مجالاً متاحاً لقياسات الحالة العقلية الوجيزة الأكثر عالمية ، ولا سيما مع قياس التغيرات المتواضعة في مجال واحد مع الأعراض السابقة .

كما يمكن التمييز بين الأنواع الفرعية المسببة لتلك الحالات ، ويجوز وضع علامات تشخيصية إضافية ، وخاصة بتصوير الأعصاب ، ودراسات التصوير بالرنين المغناطيسي ، والمسح الضوئي المقطعي بالإصدار البوزيتروني . بالإضافة إلى علامات محددة يمكن أن تشارك في تقييم أنواع فرعية محددة ، وربما تصبح أكثر أهمية إضافية من نتائج البحوث التى تتراكم مع مرور الوقت ، كما نوقش ذلك من قبل في الأقسام ذات الصلة DSM-5.

الآثار الوظيفية للاضطرابات عصبي الرئيسة والمعتدل :

بحكم التعريف ، فإن الأمراض غير المعدية الرئيسة والمعتدلة تؤثر في الدور المركزي للفرد ، أو في خلل الإدراك ، وبالتالي ، فإن معايير الاضطرابات ، وعتبة التمييز الخفيفة لتلك الأمراض غير السارية الرئيسة ، التي تستند في جزء منها على التقييم الوظيفي .

وتشتمل الأمراض - غير السارية - الرئيسة عبر مجموعة واسعة من الاضطراب الوظيفي ، وبالإضافة إلى ذلك ، يمكن للوظائف المحددة التي تم المساس بها ، بأن تُسهم بالمساعدة في التعرف على المجالات المعرفية المتأثرة خاصة مع كبار السن ، عندما يتم طبيق الاختبارات النفسية العصبية من غير المتاحة أو يصعب تفسيرها .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الإدراك العادي : التشخيص التفريقي بين الإدراك العادي والمعتدل NCD ، ما بين الخفيف والرئيس NCD ، وهو ما يمثل تحديا للحدود التي تسير بطبيعتها بصورة ضاغطة .

كما يتم الحرص على الحصول على التاريخ المرضي والتقييم الموضوعي الحاسم لهذه الفروق . A كما يتم التقييم الطولي باستخدام تقييمات كميا قد تُسهم في الكشف عن الأمراض الخفيفة غير السارية .

الهذيان : كلا من الهذيان الخفيف والأمراض غير السارية الرئيسة قد يكون من الصعب تمييزها عن الهذيان المستمر ، والذي يمكن أن يشارك في حدوثها ويتم عبر تقييم دقيق بمزيد من الاهتمام ، والذي تساعد على جعل التمييز ممكناً .

الاضطراب الاكتئابي : التمييز بين الأمراض غير السارية المعتدلة ، وبين اكتئابي الفوضى ، والتي قد تشارك في الأمراض غير المعدية ، والتي يمكن أن تحدث أنماطاً معينة من عجز الإدراك على سبيل المثال : عجز الوظيفة التنفيذية للذاكرة ، المتسقة مع مرض الزهايمر ، مع تغير في الأداء غير محدد أو أكثر وينظر إليه في حالات الاكتئاب الرئيسة . بدلا من ذلك ، فإن العلاج من اضطراب الاكتئاب يمكن ملاحظته بصورة متكررة على مر الزمن قد تكون هناك حاجة لإجراء التشخيص .

اضطراب التعلم المحدد والاضطرابات العصبية النمائية الأخرى : وفقاً للمعيار(A) والذى يوضح يساعد على التمييز بين الأمراض غير السارية / من اضطرابات المحددة ، ومن الاضطرابات العصبية النمائية الأخرى مثل التعلم ، مع مشاكل إضافية أخرى قد تدخل بصورة تفاضلية مع الأنواع الفرعية المحددة ، كما هو موضح في الأقسام ذات الصلة من الدليل الحالى DSM-5 .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الأمراض غير المعدية أكثر شيوعاً في الأفراد الأكبر سنا ، والتى غالباً ما تتزامن مع طائفة واسعة من الأمراض ، والتي قد تعقد التشخيص أو العلاج ، والتى من أبرزها الهذيان ، والذي يزيد من خطر الأمراض غير المعدية وذلك لدى الأفراد الأكبر سنا ، كما أن الأمراض غير المعدية المختلطة شائعة كذلك لدى الأفراد من كبار السن ، وفي كثير من الأحيان ، قد يعانى الأفراد الأصغر سنا من الأمراض غير المعدية ، والتى تحدث بالتعاون مع الاضطرابات العصبية النمائية ، على سبيل المثال : إصابة في الرأس في طفل ما قبل المدرسة قد يؤدي أيضاً إلى القضايا التنموية والتعلمية الكبيرة ، والتى غالباً ما ترتبط بالاعتلال المشترك الإضافي من الأمراض غير المعدية المسببة له ، كما نوقش ذلك في الأقسام ذات الصلة فى DSm-5.

اضطراب عصبي معتدل أو الرئيسة Mild Neurocognitive Disorder :

بسبب مرض الزهايمر Due to Alzheimer's Disease :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B . هناك بداية مفاجئاً وتقدم تدريجي للضعف في الإدراك مع واحد أو أكثر مجالات (الاضطراب العصبي الرئيس ، والذى يجب أن يكون ضعف اثنين على الأقل من المجالات) .

C. معايير مرض الزهايمر المحتملة أو ممكنة على النحو التالي :

للاضطراب العصبي الرئيس هي : - يتم تشخيص مرض الزهايمر المحتمل إذا تحقق وجود أي من التالي ، ولا يجب معه بأن يتم تشخيص مرض الزهايمر .

١.أما الدليل على وجود المرض المسبب للزهايمر ، فهو وجود طفرة جينية من تاريخ العائلة أو الاختبارات الجينية .

٢. وذلك لكل ثلاثة من الأعراض التالية : -

أ . دليل واضح على تراجع في الذاكرة والتعلم المعرفي ومجال واحد آخر على الأقل في (البناء على تاريخ مفصل أو مع مسلسل اختبار نفسي عصبي) .

ب . التأخر بشكل تدريجي بشكل مطرد ، مع الانخفاض التدريجي في الإدراك .

ج . لا يوجد دليل على المسببات المختلطة (أي غياب الأمراض العصبية الأخرى ، والأمراض الدماغية الوعائية ، أو العصبية الأخرى أو العقلية أو الأمراض الجهازية كشرط مرجح للمساهمة في التدهور المعرفي) .

اضطراب عصبي خفيف :

لا يتم تشخيص مرض الزهايمر المحتمل ، إذا لم يكن هناك دليل على وجود المسبب لمرض الزهايمر المرضى ، والذى قد يعود إلى الطفرة الجينية ، أو إلى الاختبارات الجينية أو التاريخ العائلي . وقد يتم تشخيص مرض الزهايمر الممكن ، وإذا لم يكن هناك دليل على وجود المسبب لمرض الزهايمر مثل الطفرة الجينية إما من الاختبارات الجينية ، أو من التاريخ المرضى العائلي ، أو مع ثلاثة من الأعراض التالية : -

١. دليل واضح على تراجع في الذاكرة والتعلم .

٢. الانخفاض التدريجي في الإدراك ، دون ارتفاعات ممتدة .

٣. لا يوجد دليل على أن تلك المسببات مختلطة (أي في غياب مرض الأعصاب الدماغية الأخرى ، أو مرض آخر عصبي ، أو مع شرط مرجح دوره للمساهمة في التدهور المعرفي) .

D . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال الأمراض الدماغية الوعائية ، وأمراض الأعصاب الأخرى ، وقد تتحول آثار من مادة نفسية إلى اضطراب عصبية .

ملاحظة عن الترميز : يتم ترميز الاضطراب العصبي الكبير المحتمل بسبب مرض الزهايمر ، مع الاضطراب السلوكي ، ويرمز الأول (G30.9) أما مرض الزهايمر ،الذى يليه فيرمز (F02.81) أما الاضطراب العصبي الكبير بسبب مرض الزهايمر/ أما الاضطراب العصبي المحتمل بسبب مرض الزهايمر ، ودون اضطراب سلوكي ، فالرمز الأول (G30.9) ومرض الزهايمر ، الذى يليه (F02.80) عصبي الرئيسة اضطراب بسبب مرض الزهايمر ، ودون اضطراب سلوكي ، مع احتمال اضطراب عصبي كبير بسبب مرض الزهايمر ، فيكون رمزه (G31.9) .

(ملاحظة : لا يجب استخدام تعليمات برمجية إضافية لمرض الزهايمر . ولا يمكن ترميز الاضطرابات السلوكية ، التى ينبغي أن يشار إليها في الكتابة .)

أما الاضطراب العصبي الخفيف بسبب مرض الزهايمر ، فيرمز له (G31.84) .

(ملاحظة : لا تستخدم تعليمات برمجية إضافية لمرض الزهايمر، مع اضطرابات سلوكية ، ولا يمكن أن تكون مشفرة ولكن ينبغي أن يشار إليها في الكتابة) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

ما وراء الاضطراب العصبي (**NCD**) للمعيار (**A**) : المميزات الأساس الكبرى للأمراض غير المعدية NCD الخفيفة بسبب مرض الزهايمر / تشمل البداية المفاجئة والتقدم التدريجي للأعراض المعرفية والسلوكية وفقاً للمعيار (**B**) .

أما العرض النموذجي لمن (لديهم ضعف في الذاكرة والتعلم) . وتشمل العروض غير العادية ، المتغيرات البصرية والمكانية ، ويظهر مرض الزهايمر عادة مع ضعف في الذاكرة والتعلم ، مصحوباً أحيانا بالعجز في الوظيفة التنفيذية . ، كما يحدث ضعف فى الإدراك الحسي والقدرة اللغوية والحركية ، ولا سيما عندما مع الأمراض غير المعدية NCD من المعتدلة إلى الحادة ، كما يميل الإدراك الاجتماعي إلى الاستمرار حتى في مراحل متأخرة من المرض .

ويجب تحديد مستوى يقين التشخيص الذى يدل على مرض الزهايمر كما هو من : "المحتمل" أو "الممكن " مع المسببات المرتبطة به فى المعيار (C) . ويتم تشخيص مرض الزهايمر المحتمل في الأمراض غير المعدية الرئيسة والخفيفة إذا كان هناك دليل على وجود الجين المسبب لمرض الزهايمر ، إما من الاختبارات الجينية أو من الجسمية ،

أو من خلال التاريخ المرضى العائلي ، إلى جانب تشريح الجثة بهدف تأكيد الاختبار الوراثي في أحد أفراد العائلة المتضررة .

أما الصورة السريرية النموذجية ، فتتصل بأدلة من المسببات المختلطة ، والتى يمكن أن يتم تشخيص المرض المحتمل لديهم بسبب الزهايمر الخفيف ، وهذه المميزات كافية فقط للمسببات المحتملة بالزهايمر .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد الذين يعانون من الأمراض - غير السارية - الرئيسة الناتجة عن مرض الزهايمر ولديهم مظاهر سلوكية ونفسية ، تصل نسبتهم إلى حوالي ٨٠ ٪ ، وهذه المميزات أيضاً متكررة في مرحلة الأمراض غير المعدية NCD الخفيفة ، والمرتبطة بانخفاض القيمة .

وهذه الأعراض أكثر إيلاماً من المظاهر المعرفية ، وكثيراً ما تكون هي السبب في أن السعى لطلب الرعاية الصحية ، في مرحلة الأمراض غير المعدية NCD الخفيفة أومن الأخف مستوى من الأمراض غير المعدية الكبرى NCD مثل الاكتئاب ، واللامبالاة ، والتى غالباً ما ترتبط بالأمراض الرئيسة متوسطة الشدة ، مع ميزات نفسية ، وتهيج ، والاستثارة ، والتى تتضح في وقت متأخر من المرض ، وتلاحظ فى عسر البلع ، وسلس البول ، والرمع العضلي [1] .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار الخرف العام (NCD الكبرى) يرتفع بشكل حاد مع التقدم في السن : وفى البلدان من ذات الدخل المرتفع ، حيث تتراوح بين ٥ ٪ إلى ١٠ ٪ في العقد السابع إلى ٢٥ ٪ على الأقل بعد ذلك .

(١) يشير الرمع العضلي إلى رعشة سريعة لاإرادية في العضلات. على سبيل المثال، الفواق هي شكل من أشكال الرمع العضلي. وكذلك الرعشات المفاجئة، أو "بدايات النوم،" قد تواجهك قبل النوم مباشرة. تحدث هذه الأشكال من الرمع العضلي في الأشخاص الأصحاء، ونادرا ما تمثل مشكلة.

وتشير تقديرات المعدلات في الولايات المتحدة إلى حوالي ٧ ٪ من الأفراد مع تشخيص مرض الزهايمر والذين تتراوح أعمارهم بين ٦٥ و٧٤ سنة ، حيث تتراوح ٥٣٪ أعمارهم بين ٧٥ - ٨٤ عاما ، و٤٠ ٪ لمن ٨٥ سنة وما فوق .

أما النسبة المئوية للخرف فتعزى إلى مرض الزهايمر الذى يتراوح في حوالي ٦٠ ٪ إلى أكثر من ٩٠ ٪ ، وهذا يتوقف على الإعداد ومعايير التشخيص Diagnostic Criteria . NCD الخفيف بسبب مرض الزهايمر ، ومن المرجح أن تمثل جزء كبير من الضعف الإدراكي المعتدل (MCI) كذلك .

دورة التنمية Development and Course :

تتم دورة التنمية بصورة رئيسة أو معتدلة NCD بسبب مرض الزهايمر / ويحدث تقدم تدريجي ، أحيانا لفترة وجيزة مؤقتة ، من خلال العته الشديد والذى قد يصل حتى الموت ، أما متوسط مدة البقاء على قيد الحياة بعد التشخيص فتصل إلى ما يقرب من عشرة أعوام ، مما يعكس السن المتقدمة لغالبية الأفراد رغم مسار المرض ، ويمكن لبعض الأفراد الذين يعيشون مع المرض لفترة قد تدوم لمدة عشرين عاما .

وفي نهاية المطاف يصل الأفراد إلى مرحلة البكم ، أو إلى الوفاة كأكثر نتائج من طموح أولئك الذين يعيشون من خلال دورة كاملة .

أما في الأمراض غير المعدية NCD الخفيفة بسبب مرض الزهايمر ، والمرتبطة بزيادة العاهات على مر الزمن ، وينخفض الوضع الوظيفي تدريجيا حتى يصل إلى عتبة الأعراض اللازمة لتشخيص الأمراض غير السارية الرئيسة .

بداية ظهور الأعراض عادة ما تتم في العقدين الثامن والتاسع ؛ مع أشكال مبكرة كبداية ينظر إليها في العقود الخامس والسادس (٥٠ -٦٠ عاماً) وترتبط الطفرات المسببة له في كثير من الأحيان معروفة .

ولا تختلف تلك الأعراض السابقة / مع قواعد علم الأمراض ، والتى لا تختلف بدايته بشكل ملحوظ عبر مختلف الأعمار ، ومع ذلك فإن الأفراد الأصغر سنا هم أكثر عرضة للبقاء على قيد الحياة مع دورة كاملة من هذا المرض ، في حين أن الأفراد الأكبر سنا هم أكثر عرضة للعديد من الأمراض الطبية المصاحبة والتي تؤثر على مسار وإدارة المرض ، وهو ما قد يؤدى إلى تعقيد التشخيص خاصة لدى كبار السن .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : تُزيد إصابات الدماغ من مخاطر الأمراض غير السارية الرئيسة أو المعتدل بسبب مرض الزهايمر .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : العمر هو أقوى عوامل الخطر لمرض الزهايمر ، كما أن تعدد الأشكال الجينية قابلية من (E4) إلى زيادة خطر الزهايمر، بما يقلل من العمر ، خاصة في الأفراد متماثلة اللواقح .

وهناك أيضاً مسببات للمرض النادر للغاية (E4) من جينات مرض الزهايمر .

أما الأفراد الذين يعانون من متلازمة داون (ثلاثى الصبغي 21) فهم أكثر عُرضة لتطوير مرض الزهايمر وذلك للمرضى / إذا كانوا على قيد الحياة حتى منتصف العمر .

أما عوامل الخطر الوعائية متعددة التأثير مثل خطر مرض الزهايمر ، ويمكن أن تعمل عوامل الخطر من خلال زيادة الأمراض الدماغية الوعائية أو من خلال الآثار المباشرة على أمراض الزهايمر .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية
: Culture-Related Diagnostic Issues

الكشف عن وجود الأمراض غير السارية قد يكون أكثر صعوبة في البيئات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية المتباينة ، حيث يعتبر فقدان الذاكرة العادية في سن الشيخوخة ، حيث يواجه كبار السن المطالب المعرفية الأقل في الحياة اليومية ، أو ممن هم مع المستويات التعليمية المنخفضة جداً لتطرح تحديات أكبر للتقييم المعرفي المستهدف .

التشخيص التفاضلى :

ضمور القشرية الغالبة : والذى يحدث نتيجة التهاب الأعصاب ، وتأثر المشابك الليفية العصبية hallinarks والمتضمن فى التشخيص المرضي لمرض الزهايمر ، وربما يتضح ذلك من خلال فحص الأنسجة بعد الوفاة .

أما الحالات المبكرة من البداية الجسمية المهيمنة على طفرة واحدة من مسببات مرض الزهايمر وهو (بروتين اميلويد السلائف الجينات (APP) ، presenilin 1 (PSENl)) ، أو presenilin 2 (PSEN2) وقد يكون متورطا مع مرض الزهايمر ، وتتيح هذه الاختبارات الجينية لمثل هذه الطفرات غير المتاحة تجاريا ، ولا يمكن لجين (E4) إلا

أن يكون بمثابة علامة تشخيصية لأنها ليست سوى دلالة خطر للعامل الجيني المتورط / إلا أنه ليس ضروريا ولا كافيا لحدوث المرض .

ويحدث ترسب (اميلويد بيتا ٤٢) في المخ منذ في وقت مبكر ، وتتضح معه الحالة المرضية في جسم المريض ، وتجرى اختبارات التشخيص القائم على (اميلويد مثل تصوير الأميلويد في الدماغ)، ومستوى انبعاث البوزيترون بالتصوير المقطعي (PET) بالأشعة ، وفحص انخفاض مستويات بيتا اميلويد -٤٢ في السائل النخاعي (CSF) والذى قد تكون له قيمة تشخيصية .

أما علامات الإصابة العصبية ، مثل الحصين وضمور القشرية الصدغية الجدارية الناتج عن مسح الصورة بالرنين المغناطيسي ، نقص الاستقلاب الصدغي على مسح PET fluorodeoxyglucose ، كما قد تتضح أدلة حول مجموع تاو المرتفع ، ومستويات الفوسفات - تاو في السائل النخاعي ، مع تقديم أدلة على الضرر العصبي ، ولكنها أقل تحديداً لمرض الزهايمر .

وفي الوقت الحالي ، لم يتم التحقق من صحة هذه المؤشرات الحيوية بصورة تامة ، إلا أن العديد من مرضى الزهايمر قد لا تتوفر لهم الخدمات المطلوبة إلا في أماكن الرعاية الخاصة . ومع ذلك ، فإنه مع المؤشرات الحيوية - فمن المرجح - أن تنتقل رعاية مرضى الزهايمر إلى الممارسة السريرية على نطاق أوسع في السنوات القادمة .

العواقب الوظيفية للاضطراب العصبي لمرضى الزهايمر :

بروز فقدان الذاكرة يمكن أن يسبب صعوبات كبيرة في وقت مبكر نسبياً ، ومن أهمها ضعف الإدراك الاجتماعي (وبالتالي الأداء الاجتماعي) ونقص فى الذاكرة العاملة Working memory

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات العصبية الأخرى : مثل الأمراض غير المعدية الرئيسة ، والمعتدلة بسبب العصبية الأخرى العمليات (على سبيل المثال : أمراض ليوي الجسم ، مرض جبهي صدغي) بداية مفاجئة مع انخفاض تدريجي والناجم عن مرض الزهايمر ، غير المصحوب بميزات خاصة بهم ، سواء كبيرة أو معتدلة NCD مع أمراض الأوعية الدموية (تصلب الشرايين مثلاً) ، وعادة ما يكون هناك تاريخ من السكتة الدماغية

المرتبطة زمنيا ببدء التدهور الإدراكي ، مع عوائق يتم فيها الحكم الكافي لتمثل الصورة السريرية . ومع ذلك ، لا سيما عندما لا يكون هناك تاريخ واضح من انخفاض تدريجي ، رئيس أو خفيف NCD مع أمراض الأوعية الدموية التي تشترك في العديد من السمات السريرية مع مرض الزهايمر .

المرض العصبي المتزامن أو النظامي النشط الآخر : ينبغي النظر في المرض إذا كانت هناك علاقة زمنية مناسبة مع شدة الصورة السريرية ، وذلك على المستوى الخفيف NCD ، وقد يكون من الصعب التمييز بين مسببات مرض الزهايمر مع تلك الحالة الطبية الأخرى (على سبيل المثال : خلل الغدة الدرقية) .

اضطرابات نقص فيتامين (B12) :

الاضطراب الاكتئابي : لا سيما على الصعيد الخفيف ، ويشمل التشخيص التفريقي أيضاً الاكتئاب الشديد ، مع وجود الاكتئاب الذى قد يترافق مع انخفاض الأداء اليومي وضعف التركيز ، والذى قد يشبه الأمراض غير المعدية ، ولكن التحسن فى علاج الاكتئاب والذى قد يكون مفيدا في جعل تمييز الاضطراب .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

معظم الأفراد المصابين بمرض الزهايمر هم من كبار السن ويعانون من ظروف صحية متعددة التي يمكن أن تعقد التشخيص وتؤثر في المسار السريري ، وقد يكون بسبب الأمراض غير السارية الرئيسة أو المعتدلة ، مثل مرض الزهايمر والذى عادة يشارك مع حدوث الأمراض الدماغية الوعائية ، الأمر الذي يسهم فى الوصول إلى الصورة السريرية ، وذلك عندما تساهم الحالة المرضية للأمراض غير السارية في الأفراد الذين يعانون من مرض الزهايمر ، كما يجب أن يتم تشخيص الأمراض غير المعدية نظرا للمسببات المتعددة لها .

اضطراب معتدل الجبهي الصدغي العصبي :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . يتم استيفاء معايير الاضطرابات العصبية الكبيرة أو المعتدلة .

B . الاضطراب له بداية وتقدم تدريجي .

C . إما (١) أو (٢) .

١. البديل السلوكية: ولها ثلاثة أو أكثر من الأعراض السلوكية التالية : -

أولاً : السلوك الفاضح .

ثانيا : اللامبالاة أو الجمود .

ثالثا : فقدان التعاطف .

رابعاً : السلوك القهري للشعائر .

خامساً : تغييرات في النظام الغذائي .

ب . انخفاض واضح في الإدراك الاجتماعي أو في قدراتهم التنفيذية .

٢. متغيرات اللغة : -

أ . انخفاض في القدرة اللغوية ، وذلك في شكل إنتاج الكلام ، كلمة الحقائق ، وتسمية الكائن ، وفهم الكلمة .

ب . تجنيب النسبية للتعلم والذاكرة كوظيفة للإدراك الحسي الحركي .

ج . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل ، من خلال الأمراض الدماغية الوعائية ، ولا مع الأعصاب أخرى المرض ، ولا مع آثار من مادة نفسية وعصبية أخرى .

ويتم تشخيص الاضطراب العصبي الجبهي المحتمل إذا تحقق أي من الأمور التالية ؛ ينبغي تشخيص اضطراب العصبي الجبهي : -

١. دليل على وجود اضطراب عصبي جبهي كطفرة جينية مسببة للمرض ، إما لتاريخ عائلي أو نتيجة للاختبارات الجينية .

٢. الأدلة من الفص الأمامي ، مع تورط الفص الصدغي من تصوير الأعصاب ، ويتم تشخيص اضطراب عصبي الجبهي ممكن / إذا كان هناك أي دليل من طفرة جينية نتيجة تصوير الأعصاب .

ملاحظة عن الترميز : للاضطراب العصبي الكبير المحتمل بسبب تدهور جبهي فصي صدغي ، مع الاضطراب السلوكي ، رمز الأول (G31.09) يليها مرض جبهي ، (F02.81) واضطراب عصبي محتمل كبير بسبب تدهور جبهي صدغي فصي ، مع الاضطراب السلوكي ، أو نتيجة اضطراب تدهور جبهي صدغي فصي ، دون اضطراب سلوكي ، ويرمز للأول (G31.09) مرض جبهي ، يليه اضطراب عصبي كبير محتمل بسبب تدهور جبهي صدغي فصي ، دون اضطرابات سلوكية (F02.80) .

أما إحتمال وجود اضطراب عصبي كبير بسبب تدهور جبهي صدغي فصي ، فيكود (G31.9) (ملاحظة : لا تستخدم تعليمات برمجية إضافية لمرض الاضطرابات السلوكي الجبهي ، ولا يمكن أن تكون مشفرة ولكن لا يزال ينبغي أن يشار عند كتابة التشخيص) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تضم كبرى الاضطرابات العصبية الجبهية الخفيفة NeuroCognitive Disorder (NCD) عددا من المتلازمات ، والمتغيرات التي تتميز بالتطوير التدريجي السلوكي أو ضعف فى اللغة .

أما البديل السلوكي فى ثلاثة متغيرات لغوية (ضعف المعانى ، فقد الطلاقة) وتظهر أنماط متميزة مثل ضمور في الدماغ وبعض أمراض الأعصاب المميزة . ويجب أن تتحقق المعايير السلوكية أو اللغوية كبديل لإجراء التشخيص .

الأفراد مع السلوكية البديلة للاضطرابات العصبية الجبهية الكبيرة أو المعتدلة NCD الحالية وذلك بدرجات متفاوتة من اللامبالاة أو السلوك الفاضح . وقد يفقد الاهتمام في التنشئة الاجتماعية ، والمسؤوليات الشخصية ، أو الأعراض الاجتماعية والسلوكيات غير المناسبة . مع ضعف البصيرة ، والذى غالباً ما يؤخر الاستشارة الطبية . وفى كثير من الأحيان تتم الإحالة إلى الطبيب النفسي . والأفراد مع وضع تغييرات في الاسلوب والمهام الاجتماعية ، السياسية ، المعتقدات ، قد يظهروا شكل من الاكتناز المتكرر ، أو التغيرات كبيرة في سلوك الأكل .

وفي مراحل لاحقة ، قد يحدث فقدان السيطرة على العضلة العاصرة ، أما التدهور المعرفي فهو أقل وضوحا ، وقد يُظهر الاختبار الرسمي عدداً قليل - نسبياً - من العجز في المراحل المبكرة ، مثل أعراض الاضطراب العصبي المشترك ، والمتضمن : عدم وجود تخطيط وتنظيم ، وتشتت ، وسوء الحكم .

العجز في الوظيفة التنفيذية : مثل الأداء الضعيف في الاختبارات النفسية ، وعدم المرونة ، والتفكير المجرد ، وتثبيط الاستجابة ، ويتم الحفاظ على قدراتهم الإدراكية الحركية - تقريبا فقط - في المراحل المبكرة من بداية الاضطراب .

المتغير الرئيس أو المعتدل الجبهي NCD الحالي يبدأ مع حبسة الأفراد التدريجي مع اللغة مع ثلاثة أنواع فرعية الشائع وصفها : -

البديل الدلالي / وبديل فقد الطلاقة / والبديل " المحتمل" وتمييزه عن التدهور الجبهى الصدغى NCD من خلال وجود العوامل الوراثية المسببة (مثل الطفرات في الجين ، وترميز للبروتين المرتبط أنابيب تاو)[1] أو عن طريق وجود ضمور مميز ، أو انخفاض النشاط في المناطق الجبهية على التصوير الهيكلية أو الوظيفي .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

قد يكون خارج تلك الهرمية ميزات بارزة في بعض الحالات ، مع وجود تداخل مع متلازمات مثل الشلل التدريجي فوق النووي وانحطاط القشرة القاعدية . أما ملامح مرض الخلية العصبية الحركية فقد يكون موجوداً في بعض الحالات (على سبيل المثال : ضمور وضعف العضلات) .

معدل انتشار Prevalence :

الرئيسة / أو المعتدل الجبهي للأمراض غير المعدية NCD هى سبب شائع ، وقد يكون من المبكر ظهور الأمراض غير السارية في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ٦٥ عاما .

أما تقديرات معدل انتشار السكان في حدود (٢-١٠ في ١٠٠ ، ٠٠٠) مع ما يقرب من ٢٠-٢٥ ٪ من حالات الأمراض الجبهية غير المعدية ، والتى تحدث في الأفراد الأكبر من سن ٦٥ عاما . أما نسب التدهور الجبهي فيصل إلى حوالي ٥٪ من جميع حالات الخرف غير المحددة .

كما تشير تقديرات معدل الانتشار السلوكي البديل / واللغة الدلالية البديلة فهي أعلى بين الذكور ، وتشير تقديرات معدل انتشار اللغة / إلى أن فقد الطلاقة البديلة هي أعلى بين الإناث ، عنها لدى الذكور .

---

(١) بروتين تاو (بروتين) ، وهو بروتين يرتبط مع الأنيبوبات الميكروية والأمراض العصبية كمرض الزهايمر، وغيره .

دورة التنمية Development and Course :

الأفراد مع الأمراض غير المعدية الكبرى أو المعتدلة NCD شائعة بشكل واضح في العقد السادس الحياة ، وذلك على الرغم من أن العمر عند بداية الحالة قد يختلف من العقد الثالث / العقد التاسع .

وقد يتقدم المرض بصورة تدريجية ، مع بقاء متوسط الحالة (يتقدم بعد ٦-١١ سنة) من ظهور الأعراض (وبعد ٣-٤ سنوات) من التشخيص . أما البقاء على قيد الحياة فهو أقصر ويتراجع بصورة أسرع في الجبهي الرئيس أو الخفيف مع الأمراض غير المعدية أكبر مما كانت عليه في مرض الزهايمر .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : تصل إلى حوالى ٤٠ ٪ من الأفراد مع التدهور الجبهي الرئيس أو الخفيف NCD وهؤلاء لديهم تاريخ عائلي مبكر مع ظهور الأمراض غير المعدية ، وحوالي ١٠ ٪ من الأعراض الجسمية كأسلوب ميراث (وراثى) مهيمن . وقد تم تحديد عدد من العوامل الوراثية ، مثل الطفرات في الجينات ، والتى ترمز بأنابيب المرتبطة ببروتين تاو (MAPT) ، وحبيبة الجين (CRN) ، والجين C90RF72. وهناك عدد من الأسر التي لديها الطفرات المسببة له وقد تم تحديد (راجع قسم "تشخيص علامات " لهذا الاضطراب) ، ولكن العديد من الأفراد داخل النطاق العائلي المعروفين لم يكن لديهم طفرة معروفة من وجود الخلايا العصبية الحركية ، والتى ترتبط بمرض التدهور الجبهى أكثر سرعة .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

التصوير المقطعي (CT) أو التصوير بالرنين المغناطيسي الهيكلي (MRI) قد ُيظهر أنماطاً متميزة من الضمور . أما سلوك المتغير الرئيس أو المعتدل NCD الجبهي ، كل من الفص الجبهي (خاصة فصوص الجبهي الإنسي) والفص الصدغي الأمامي ، في دلالي اللغة البديل ، الكبير أو المعتدل NCD والتدهور الجبهي ، والفص الصدغي السفلي ، والأمامي الضامر بشكل ثنائي ولكن غير متماثل ، والذى عادة ما يجري مع الجانب الأيسر لأكثر المتضررين . أما فقد الطلاقة الجبهي الرئيس أو الخفيف لبديل اللغة ، والذى يرتبط - في الغالب - مع الأمراض غير المعدية .

ويرتبط المتغير مع الأعراض الكبرى أو المعتدلة NCD للفص الجبهي ، أو مع ضمور الجداري للمخ . ويوضح التصوير باميلويد وظيفية نقص انسياب الدم ، أو نقص الاستقلاب القشري في مناطق المخ المقابلة ، والتي قد تكون موجودة في المراحل المبكرة في غياب شذوذ هيكلي للدماغ .

أما المؤشرات الحيوية الناشئة لمرض الزهايمر (على سبيل المثال : السائل النخاعي اميلويد بيتا ومستويات تاو ، والتصوير اميلويد) قد تساعد في التشخيص التفريقي ، ولكن تمييز مرض الزهايمر يمكن أن يبقى المرض صعباً (البديل هو في الواقع الأمر في كثير من الأحيان مظهرا من مظاهر مرض الزهايمر) .

في الحالات العائلية (الوراثية) من التدهور الجبهي NCD ، يجوز تحديد الطفرات الوراثية المساعدة في تأكيد تشخيص الطفرات المرتبطة بالأمراض غير السارية ، ويشمل التدهور الجبهي الجينات المرتبطة بترميز أنابيب البروتين تاو (MAPT) وحبيبة (GRN) ، C90RF72 ، لقياس استجابة بروتين الحمض النووي ملزم من 43 كيلو دالتون (-TDP 43 ، أو TARDBP) ، البروتين HG`N البروتين الذى يحتوي على VCP) ، وتعديل البروتين 2B CHMP2B) ، والذى ينصهر في البروتين ساركوما (PUS) .

العواقب الوظيفية المعتدلة للاضطراب العصبي الجبهي :

يبدأ الاضطراب في وقت مبكر من العمر النسبي ، وغالبا ما يؤثر الاضطراب على عمل الفرد ، وعلى الحياة الأسرية . كما يسبب تورط السلوك وظيفة ضعف أشد خلال دورة مبكرة نسبياً . وبالنسبة للأفراد مع السلوكية البديلة ، وقبل وضوح التشخيص قد تحدث تمزقات أسرية كبيرة ، أو مع تورط قانونية ، أو مع مشاكل في مكان العمل ، بسبب تلك السلوكيات غير المناسبة اجتماعيا .

كما يحدث اضطراب وظيفي بسبب تغيير السلوكيات ، وضعف اللغة ، والتي يمكن أن تشمل حالات سلوكية شديدة ، وتجول ، وتسرع ، مع سلوكيات أخرى ، قد تتجاوز بكثير الاضطرابات المعرفية ، وربما يؤدي التمريض المنزلى ، أو فى داخل المؤسسات ، بما قد يؤدى لأن تكون هذه السلوكيات مدمرة للغاية ، حتى في أماكن الرعاية المجتمعية المنظمة ، ولا سيما عندما يكون الأفراد الأصحاء ، خاليين من الأمراض الطبية المصاحبة الأخرى .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات العصبية الأخرى : يمكن التمييز بين الأمراض العصبية الأخرى الكبيرة أو المعتدلة NCD بواسطة خصائصها المميزة . والاضطرابات العصبية الكبيرة أو المعتدلة NCD تسبب مرض الزهايمر ، وانخفاض في التعلم والذاكرة في وقت مبكر .

ومع ذلك ، فإن ١٠-٣٠ ٪ من المرضى الذين يعانون من متلازمة الاضطراب العصبي الرئيس أو الخفيفة تم العثور على الخلل الجبهي NCD في تشريح الجثة والذى قد يكون قرن بمرض الزهايمر . ويحدث هذا بشكل متكرار أكثر لدى الأفراد الذين يعانون من متلازمات تدريجية في غياب تغييرات سلوكية أو اضطراب حركى .

وقد يظهر التدهور المعرفي فى الأمراض غير المعدية الرئيسة ، أو المعتدلة بسبب المرض ، ومنها الشلل الرعاش (باركنسون) كمتلازمة عفوية تظهر بصورة جيدة قبل التدهور المعرفي . أما في الحالات الكبيرة أو المعتدلة NCD لأمراض الأوعية الدموية ، فهذا يتوقف على مناطق الدماغ المتضررة ، وقد يكون هناك أيضاً فقدان للقدرة التنفيذية والسلوكية مع تغييرات مثل اللامبالاة ، وهذا الاضطراب ينبغي النظر في تشخيصه التفريقي .

ومع ذلك فإن التاريخ المرضى للحدث الدماغي يرتبط زمنيا ببدء الانخفاض المعرفي الكبير أو المعتدل NCD بالترافق مع تضرر الأوعية الدموية ، ويكشف تصوير الأعصاب عن احتشاء أو آفات المادة البيضاء الكافية لتشكل الصورة السريرية .

الظروف العصبية الأخرى : الرئيسة أو المعتدلة الجبهية NCD والتى قد تتداخل مع التقدم فوق النووي، والشلل ، وضمور المخ ، ومرض العصبون الحركي السريري ، والشلل فوق النووي والمحوري المهيمن على مرض (باركنسون / الشلل الرعاش) . كعلامات كاذبة قد تكون موجودة ، وغالباً ما يوجد اندفاع خلفي بارز .

ويبين تقييم المجال العصبي الحركي تباطؤ وضعف الذاكرة العاملة ، وضعف السلطة التنفيذية ، وهذا التدهور يؤدى إلى تعذر الأداء الأطراف ، وعدم الاستقرار الوضعي ، مع / رمع عضلي ، وإلى حدوث تلك الظاهرة الغريبة فى أطرافهم ، مع فقدان الحواس القشرية .

والعديد من الأفراد مع تلك السلوكية الجبهيه NCD البديلة ، عُرضة للمميزات الرئيسة أو الخفيفة من مرض الخلية العصبية الحركية ، والتي تميل إلى أن تكون مختلطة بصورة علوي وسفلية في الغالب ، مع مرض الخلية العصبية الحركية .

الاضطرابات النفسية الأخرى والظروف الطبية : السلوكية الجبهي البديلة الرئيسة أو الخفيفة NCD قد تكون بداية لاضطراب عقلي أولي ، مثل الاكتئاب الشديد ، اضطرابات القطبين ، أو الفصام ، كما أن الأفراد مع هذا الاضطراب البديل غالباً ما تكون تتطور - مع مرور الوقت - إلى صعوبات عصبية تدريجية تساعد على تمييز تشخيصها بدقة . وهناك تقييم طبي دقيق يساعد على استبعاد علاجها لأسباب مرضية غير معدية ، مثل الاضطرابات الأيضية ، ونقص التغذية ، والالتهابات .

الاضطراب العصبية الرئيسة المرتبطة بأجهزة التحكم :

: With Lewy Bodies Major Neurocognitive Disorder

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B . هذا الاضطراب له بداية وتقدم تدريجي .

C .اضطراب يلتقي مع مجموعة من المميزات التشخيصية الأساس والموحية بتشخيص أعراض الاضطراب العصبي إما المحتمل أو الممكن مع أجهزة التحكم الشخصى للفرد .

اضطراب عصبي محتمل رئيس أو خفيف مع أجهزة تحكم الفرد ، والذى لديه اثنين من السمات الأساس ، أو ميزة واحدة موحية مع واحد أو أكثر من المميزات الأساس ، حتى يمكن تشخيصه باحتمال اضطراب عصبي رئيس أو خفيف مع أجهزة تحكم الفرد كالميزة الأساس واحدة فقط ، أو أكثر من المميزات الموحية بالاضطراب .

١ . ميزات التشخيص الأساس : -

أ . تذبذب الإدراك مع وجود اختلافات واضحة في الانتباه واليقظة .

ب . الهلوسة البصرية المتكررة التي تتضح بشكل جيد ومفصل .

ج . الشلل الرعاش ، مع ظهور لاحق لتطوير التدهور المعرفي .

٢. ميزات التشخيص موحية : -

أ . تتلائم مع اضطراب سلوك النوم السريع لحركة العين REM [(١)] .

ب . حساسية شديدة للذهان .

D . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال الأمراض الدماغية الوعائية ، وأمراض الاعصاب الأخرى ، وآثار من مادة نفسية أو عصبية أخرى ، أو الاضطراب النظامي .

ملاحظة عن الترميز : يرمز للاضطراب العصبي المحتمل الرئيسة مع ضعف أجهزة التحكم ، مع الاضطراب السلوكي ، برمز مرض الجسم (G31.83) ، يليه رمز (F02.81) اضطراب عصبي محتمل الرئيس مع ضعف أجهزة التحكم ، والاضطراب السلوكي .

الاضطراب العصبي المحتمل الرئيس مع ضعف أجهزة التحكم ، دون اضطراب سلوكي ، ويرمز بمرض الجسم ليوي[(٢)] (G31.83) يليه (F02.80) بالاضطراب العصبي المحتمل الرئيس مع ضعف أجهزة التحكم ، دون اضطراب سلوكي محتمل مع اضطراب عصبي رئيس يترافق مع أجهزة التحكم ، كود (G31.9) ويمكن تشخيصه باضطراب عصبي رئيس مع ضعف أجهزة التحكم . (ملاحظة : لا تستخدم تعليمات برمجية إضافية لأمراض الجسم) .

---

(١) حركة العين السريعة أثناء النوم **REM** هو مرحلة من مراحل النوم تتميز بحركة العين السريعة فيها . يصنف نوم حركة العين السريعة إلى صنفين : التوتري والطوري . (١) تعرف ناتانيال كليتمان وطالبه إيجين أسيرنسكي على هذه المرحلة من النوم في عام ١٩٥٣. يتضمن تصنيف نوم حركة العين السريعة وانخفاض توتر العضلة وتخطيط سريع وذو جهد منخفض لأمواج الدماغ. يمكن تمييز هذه الخصائص بسهولة عن طريق البولوسومنوجرام (٢) وهي نوع من أنواع دراسات النوم تُجرى خصيصاً على ممن يشتبه وجود اضطرابات نوم لديهم من المرضى .

(٢) مرض أجسام ليوي هو أحد أكثر أسباب الخَرَف عندَ المُسنين شُيوعاً . والخَرَفُ هو فقدٌ للوظائف العقليّة يكون من الشدّة بحيث يكفي للتأثيرِ في النشاطات والعلاقات الطّبيعيّة. يحدثُ داء أجسام لِوي عندما تتراكمُ بنىً غير طبيعيّة، اسمها أجسام لِوي، في مناطق من الدماغ.

الإضطراب العصبي الخفيف مع ضعف أجهزة التحكم يرمز له (G31.84) .
(ملاحظة : لا تستخدم تعليمات برمجية إضافية لمرض ليوي الجسم ، ولا يمكن ترميزه بالاضطرابات السلوكية ، ولكن لا يزال ينبغي أن يشار إليه في الكتابة) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

اضطراب عصبي رئيس أو خفيف مع ضعف أجهزة التحكم (NCDLB) ، وذلك في الحالة الكبرى للاضطراب العصبي (NCD) ، والذى يترافق مع حالة تعرف باسم الخرف مع أعراض مرض ليوي الجسم (DLB) .[1] ويتضمن اضطراب ضعف الإدراك التدريجي لا يحدث فقط (مع تغييرات في وقت مبكر من الاهتمام المعقد بوظيفة تنفيذية بدلا من التعلم والذاكرة) ولكن أيضاً والمترافق بالهلوسة البصرية المعقدة والمتكررة ، أما الأعراض المتزامنة لحركة العين السريعة (REM) فتفسر مع اضطراب سلوك النوم (والذى يمكن أن يكون مظهرا من المظاهر المبكرة جداً)؛ وكذلك مع الهلوسة الحسية السائدة مع أعراض أخرى مثل الاكتئاب ، والأوهام ، والأعراض التي يمكن أن 'تشبه بالهذيان .

وهذه الأعراض NCDLB قد تقلل من احتمال الجمع بين الأعراض التي لوحظت عند الزيارة الوجيزة للعيادة ، ويستلزم شامل تقييم الملاحظات الرعاية ، مع استخدام جداول التقييم المصممة خصيصا لتقييم التقلبات التى قد تساعد في التشخيص .

أما الميزة الأساس الأخرى فهي الشلل الرعاش العفوي ، والذي يجب أن يبدأ بعد بداية التدهور المعرفي ، وبحلول الجوانب المعرفية الكبرى والتى 'تلاحظ من خلال

(١) ليوي الجسم (LBD) ، وأمراض الجسم ليوي منتشر ، وأمراض ليوي الجسم القشرية ، وخرف الشيخوخة من نوع ليوي ، هو نوع من الخرف المرتبطة بشكل وثيق مع باركنسون المرض . ويتميز هذا تشريحيا من خلال وجود هيئات ليوي ، كتل من ألفا **synuclein** واليوبيكويتين البروتين في الخلايا العصبية ، التي يمكن اكتشافها في الأنسجة بعد الوفاة الدماغية .[1] يؤثر الخرف الجسم ليوي ١,٣ مليون شخص في الولايات المتحدة وحدها.

ظهور أعراض العجز على الأقل لمدة سنة واحدة قبل ظهور الأعراض الحركية ، ويجب أن يتم تمييز الشلل الرعاش ، وذلك من خلال العلامات الهرمية الخارجة التي يسببها الذهان .

أما التشخيص الدقيق فلا بد أن يتم من خلال تخطيط العلاج الآمن ، مع ما يصل الى ٥٠ ٪ من الأفراد مع NCDLB شديد الحساسية لأدوية الذهان ، وهذه الأدوية يجب أن تستخدم بحذر في إدارة المظاهر الذهانية .

أما التشخيص الخفيف NCDLB غير المناسب للأفراد الذين يعانون من جوهر أو ميزات موحية في مرحلة إدراكية أو وظيفية/ لكنها ليست كافية لتحقيق شدة المعايير NCD الرئيسة ، وغالباً ما تكون الأدلة غير كافية لتبرير أي مسببات واحدة ، مع استخدام التشخيص غير المحدد المناسب له .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

كثيراً ما يواجه الأفراد مع **NCDLB**[1] السقوط المتكرر والإغماء عبر حلقات من فقدان الوعي غير المبرر . وقد يحدث خلل فى الوظائف التلقائية ، مثل الخلل الانتصابي ، مع انخفاض ضغط الدم وسلس البول ، والذى يمكن ملاحظته ، من خلال الهلوسة السمعية الشائعة ، وغيرها ، كما هو مع الأوهام المقننة ، وعدم التعرف ، والوهمية ، والاكتئاب .

معدل انتشار Prevalence :

القلة من تقديرات معدلات الانتشار السكانية لمجموعة NCDLB المتاحة من ٠,١ - ٥ ٪ من السكان المسنين عامة ، لحوالى ١,٧-٣٠,٥ ٪ من جميع حالات الخرف . ويشاع فى تلك الحالات عند تشريح الدماغ سلسلة من آفات الحالة المرضية المعروفة باسم خلل أجهزة التحكم الموجودة في ٢٠ -٣٥ ٪ من حالات الخرف . أما نسبة الذكور إلى الإناث فهى حوالي ١,٥ : ١ لصالح الإناث .

---

(١) NCDLB هو اضطراب اضطراب عصبي تدريجي رئيس أو خفيف ، ويبدأ بصورة مفاجئة.

دورة التنمية Development and Course :

NCDLB هو اضطراب تدريجي يبدأ بصورة مفاجئة ، ومع ذلك ، فغالباً ما يكون هناك تاريخ مبكر من الحلقات التخليطية (للهذيان) والذى يبدأ بصورة حادة ، وغالباً ما تكون عاجلة بسبب المرض أو الجراحة . كما يتم التمييز بين NCDLB ، في المقام الأول مع أجهزة التحكم القشرية في الدماغ ، أو مع الأمراض غير السارية الرئيسة أو المعتدلة بسبب مرض باركنسون (الشلل الرعاش) .

أما أعراض الاضطراب العصبي التدريجي الرئيس أو الخفيف NCDLB فيتجلى في التدهور المعرفي في سياق المرض ، وذلك في وقت مبكر ، خلال سنة على الأقل قبل ظهور الأعراض الحركية (راجع قسم"التشخيص التفريقي" لهذا الاضطراب) . ويمكن وصف مسار المرض عن طريق الحلقات العرضية والتى في نهاية المطاف ، قد تؤدى إلى العته الشديد ، وقد يصل حتى الموت . أما متوسط مدة البقاء على قيد الحياة فهو من ٥-٧ سنوات مع سلسلة سريرية . وعادة ما يلاحظ ظهور تلك الأعراض خلال العقدين السادس / والتاسع من الحياة ، ، مع ظهور تأثر - معظم بداية الحالات - فى الأفراد ممن هم في منتصف عمر السبعين .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : قد يحدث التأثير العائلي (الوراثى) مع العديد من الجينات ممن يتولد لديهم هذا الخطر الذى تم تحديده ، ولكن في معظم الحالات من ظهور أعراض الاضطراب العصبي التدريجي الرئيس NCDLB ، لم يثبت بأن لديهم تاريخ عائلي .

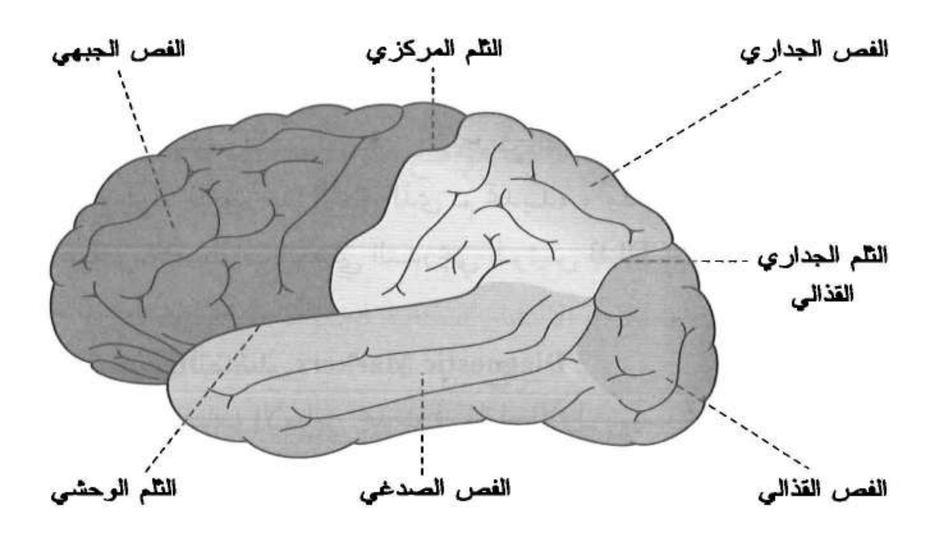
التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

مرض الأعصاب الأساس يحدث في المقام الأول بسبب تجميع الأعراض . ويعد الاختبار المعرفي وراء استخدام الفرز المختصر لصحة التشخيص ، وقد يكون من الضروري تحديد العجز بوضوح . أما جداول التقييم المعدة لقياس تذبذب الحالات فيمكن أن تكون مفيدة ، وذلك مع ما يرتبط بحالة اضطراب سلوك النوم REM والذى يمكن تشخيصه من خلال دراسة النوم الرسمي ، أو بما يحدده استجواب المريض أو الأعراض ذات الصلة .

ولا ينصح بأخذ تشخيص الحساسية للذهان (التحدي) كعلامة تشخيصية لكنه فقط يثير إلى شبهة الاضطراب العصبي التدريجي الرئيس NCDLB (والذى يشير إلى على خفض الدرجة والفجوات العرقية في الأداء المدرسي من خلال صنع توقعات مشتركة للجميع) .

أما التشخيص فيتم عبر ميزة موحية منخفضة (وهن) فى الجسم ، ترتبط بمدى قدرة امتصاص الدوبامين على نقل فوتون واحد من انبعاثات التصوير المقطعي (SPECT) أو التصوير المقطعي لانبعاث البوزيترون (PET) عن طريق المسح الضوئي .

أما العلامات المفيدة السريرية الأخرى ، فيحتمل أن تشمل الحفاظ النسبي على الهياكل الإنسية الزمنية للتصوير المقطعي (CT) أو التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) في مسح الدماغ ؛ أو ما يتم بخفض امتصاص الجسم المخطط لنقل الدوبامين عن طريق المسح مع انخفاض نشاط الفص القذالي[1] ؛ غير الطبيعي (امتصاص منخفض) MIBG والبارز فى نشاط الموجة البطيئة مع الموجات الكهربائية العابرة للفص الصدغي .



(١) الفص القذالي أحد فصوص الدماغ الأربعة ويختص بمعالجة المثيرات المرئية.

العواقب الوظيفية من الاضطراب العصبي الرئيس المرتبط بأجهزة التحكم :

الاضطراب العصبي مع ضعف أجهزة التحكم لمن يعانون من ضعف الأفراد مع الاضطراب العصبي التدريجي الرئيس NCDLB فهم أكثر وظيفية مما هو متوقع لهذا العجز المعرفي عندما يتناقض مع الأفراد الذين يعانون من أمراض عصبية أخرى ، مثل مرض الزهايمر .

والذي يحدث - إلى حد كبير - نتيجة للمحرك والضعف اللاإرادي ، الذي يسبب مشاكل مع المرحاض ، أو مع تناول الطعام . كما أن اضطرابات النوم قد تمثل أعراض نفسية بارزة أيضاً ، بالإضافة إلى الصعوبات الوظيفية . وبالتالي ، فإن نوعية حياة الأفراد مع الاضطراب العصبي التدريجي الرئيس NCDLB غالباً ما تكون أسوأ بكثير من الأفراد يعانون من مرض الزهايمر بمفرده .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطراب العصبي الرئيس أو الخفيف بسبب مرض باركنسون : حيث تحدد الاختلافات الميزة الأساس في التشخيص السريري عبر تسلسل زمني لظهور أعراض الشلل الرعاش بسبب مرض باركنسون ، ويجب على الفرد أن يطور الانخفاض المعرفي في سياق مرض باركنسون المعمول به ؛ وهذا الخفض لا ينبغي أن يصل إلى مرحلة الأمراض غير المعدية الرئيسة بما لا يقل عن عام واحد / يتم فيه تشخيص الشلل الرعاش .

وإذا مر أقل من سنة منذ بداية ظهور الأعراض الحركية ، فإن التشخيص هو الاضطراب العصبي التدريجي الرئيس NCDLB . وهذا التمييز هو الأكثر وضوحا على مستوى الأمراض غير السارية والأمراض غير المعدية على مستوى الأعراض المعتدلة .

أما توقيت وتسلسل الرعاش معتدل NCD فقد يكون أكثر صعوبة لتحديد الظهور السريرية ، والتي يمكن أن تكون غامضة ، وغير المحددة الخفيفة NCD وينبغي تشخيصه بإذا كان بالاضطرابات الأخرى المحددة ، أو مع ميزات موحية غائبة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

ليوي الجسم **Lewy body** . [1] وهى أمراض تتعايش كثير من الأحيان مع مرض الزهايمر والاضطرابات الدماغية ، لا سيما بين أقدم الفئات العمرية . وتصاحب تلك الحالات مع مرض الزهايمر ، وفقاً لما يؤكده علم الأمراض بنسب ٦٠ ٪ من الحالات ، وبشكل عام ، فإن هناك معدل أعلى من أمراض ليوي الجسم لدى الأشخاص الذين يعانون من الخرف / خاصة مع الأفراد الأكبر سنا من دون ترافق بالخرف .

الاضطراب الرئيسة العصبية الوعائية
: Major Vascular Neurocognitive Disorder

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B . المظاهر السريرية تتسق مع مسببات الأوعية الدموية ، كما اقترح من قبل أي مما يلي : -

١. بداية العجز المعرفي يرتبط زمنيا بالأمراض الدماغية لواحد أو أكثر من الأحداث .

٢. دليل على الانخفاض البارز في الاهتمام المعقد (بما في ذلك تجهيز السرعة) والوظائف التنفيذية .

C . هناك أدلة على وجود الأمراض الدماغية الوعائية الناتجة عن تصوير الأعصاب ، والتى تعتبر كافية لحساب العجز العصبي .

D . الأعراض لا يتم شرحها بصورة أفضل عن مرض أو اضطراب دماغ نظامي آخر .

---

(١) ليوي الجسم **Lewy body**. هي المجاميع غير طبيعية من البروتين التي تتطور داخل الخلايا العصبية في مرض باركنسون (PD)، ليوي الجسم الخرف ، وبعض الاضطرابات الأخرى. يتم تحديدها تحت المجهر عندما الأنسجة يتم تنفيذها على الدماغ ، ويبدو أن الهيئات ليوي كما أن الجماهير الكروية تهجير مكونات الخلية الأخرى. على نوعين المورفولوجية هي الكلاسيكية (جذع الدماغ) الهيئات ليوي والهيئات ليوي القشرية.

ويتم تشخيص الاضطراب العصبي الوعائي المحتمل إذا كان واحد من التالي هو اضطراب حالي؛ وينبغي تشخيص الاضطراب العصبي إن أمكن عن طريق تحليل الأوعية الدموية : -

١. معتمدة من قبل معايير سريرية ناتجة عن تصوير الأعصاب كأدلة على إصابة كبيرة تعزى إلى الأمراض الدماغية الوعائية (المدعومة من تصوير الأعصاب) .
٢. متلازمة عصبية ترتبط زمنيا مع واحد أو أكثر الأمراض الدماغية الوعائية الموثقة .
٣. الفحوص السريرية أو الجينية (على سبيل المثال ، اعتلال الشرايين الدماغية الجسمية المهيمنة مع تحت قشرية الدماغ ، واعتلال المادة البيضاء للدماغ) مع أدلة من الأمراض الدماغية الوعائية الموجودة .
٤. كما يتم تشخيص الاضطراب العصبي الوعائي إذا تم استيفاء المعايير السريرية / وذلك بتصوير الأعصاب المتاحة وبيان العلاقة الزمنية للمتلازمة العصبية .

ملاحظة عن الترميز : الاضطراب العصبي المحتمل الرئيس للأوعية الدموية ، مع اضطرابات سلوكية ، كود (F01.51) . / أو الاضطراب العصبي المحتمل الرئيس لأمراض الأوعية الدموية ، دون اضطراب سلوكي ، مع الاحتمال باضطراب عصبي للأوعية الدموية الرئيسة ، سواء مع أو بدون اضطراب سلوكي ، (G31.9) . ولا حاجة إلى رمز طبي إضافي لأمراض الأوعية الدماغية .

اضطراب عصبي وعائي خفيف (G31.84) . (مع ملاحظة : ألا تستخدم تعليمات برمجية إضافية لأمراض الأوعية الدموية ، كما لا يمكن ترميز الاضطرابات السلوكية ولكن ينبغي أن يشار إليها في الكتابة) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تشخيص الاضطراب العصبي الخفيف للأوعية الدموية (NCD) يتطلب مصاحبته لأمراض سارية معه (A) أما تقرير الأمراض الدماغية الوعائية فهي المهيمنة مع علم الأمراض الحصري ، والذي يفسر العجز المعرفي (معايير B و C) .

وقد تبدو المسببات الوعائية من السكتة الدماغية الكبيرة لمرض الاوعية الدموية الدقيقة ، بصورة غير متجانسة جداً مع أنواع الآفات الوعائية للدماغ وفقاً لمداها ومواقعها . وقد تكون تلك الآفات البؤرية ، متعددة البؤر ، أو منتشرة في شكل توليفات مختلفة .

كما أن العديد من الأفراد مع الاضطراب العصبي الخفيف للأوعية الدموية (NCD) الكبير أو المعتدل غير المعدي الحالي مع الاحتشاء المتعدد ، والمتدرج مع التذبذب الحاد أو تراجع في الإدراك ، والتي قد تتداخل مع فترات الاستقرار وحتى مع بعض التحسن .

وقد يصادف البعض الآخر بالظهور التدريجي مع التقدم البطيء ، المرتبط بالتطور السريع للعجز الذى يليه الاستقرار النسبي ، أو المعقد والمترافق مع عروض تقديمية أخرى .

كما أن الاضطراب العصبي الخفيف للأوعية الدموية الرئيس أو المعتدل (NCD) والذى يترافق مع الظهور التدريجي ، والتطور البطيء عموما بسبب أمراض الأوعية الصغيرة ، مما قد يؤدي إلى آفات في المادة البيضاء ، والعقد القاعدية ، أو المهاد [1] . وغالباً ما يتخللها التقدم التدريجي في هذه الحالات الحادة نتيجة للأحداث التي تترك العجز العصبي الخفيف . والذى يمكن أن يعزى إلى العجز المعرفي في هذه الحالات التى تؤدى الى تعطيل الدوائر القشرية - وتحت القشرية للدماغ ، ولا سيما ما يختص بسرعة معالجة المعلومات ، والقدرة التنفيذية التى من المرجح أن تتأثر .

أما تقييم وجود الأمراض الدماغية الوعائية فيعتمد على التاريخ المرضى ، والفحص المادي ، وتصوير الأعصاب (C) أما التشخيص المستند على تصوير شذوذ الأعصاب ، فيمكن أن يؤدي إلى عدم دقة التشخيص ، وخاصة فيما يتعلق بإحتشاء الدماغ والمادة البيضاء وآفات الدماغ . ومع ذلك ، فقد يرتبط زمنياً بالضعف العصبي ،

---

(١) المِهاد أو الثلاموس (Thalamus) هو الجزء الأكبر من الدماغ البيني يقع على جانبي البطين الثالث بصورة جسمين ذوي شكل بيضوي. يقع المهاد فوق الوطاء (تحت المهاد) بجانب وسط نصف كرتي المخ. يعمل كمحطة توصيل بين كثير من المعلومات التي تدخل قشرة المخ وتخرج منها.

مع واحد من السكتات الدماغية الموثقة بصورة جيدة ، كما يمكن إجراء التشخيص المحتمل في غياب تصوير الأعصاب .

أما الأدلة السريرية لأمراض الأوعية الدماغية فتشمل التاريخ المرضى الموثق للسكتة الدماغية ، مع التدهور المعرفي المرتبط زمنيا مع الحدث ، أو مع علامات جسدية متناسقة مع السكتة الدماغية (على سبيل المثال : فالج ؛ متلازمة الكذب ، عيب فى المجال البصري) .

كما يتم التشخيص بتصوير الأعصاب [التصوير بالرنين المغناطيسي] أو التصوير المقطعي [CT] كدليل على وجود الأمراض الدماغية الوعائية لواحد أو أكثر من الإجراءات التالية : -

عوائق أو نزيف ، واحتشاء موقع استراتيجي واحد أو نزيف (على سبيل المثال : في التلفيف الزاوي ، ومهاد الدماغ الأمامي القاعدي) ، واثنين أو أكثر من عوائق خارج جذع الدماغ ، وآفات المادة البيضاء الواسعة والمتموجة . وغالباً ما يطلق على هذا الأخير مرض الأوعية الصغيرة / أو التغييرات الدماغية تحت قشرية الدماغ بناءً على تقييمات تصوير الأعصاب السريرية / أو نتيجة أمراض الأوعية الدموية غير المعدية ، والتاريخ المرضى الناتج عن سكتة دماغية ، أو مرض واحد واسعة المتعلق بمستوى المادة البيضاء بشكل عام .

ولا يجب أن تفسر الفوضى بشكل أفضل من خلال اضطراب آخر : على سبيل المثال ، عجز بارز، وعجز الذاكرة في وقت مبكر بطبيعة الحال ، بما قد يوحي بمرض الزهايمر ، وذلك في وقت مبكر والمترافق مع ميزات بارزة تشير إلى مرض باركنسون ، ذات الارتباط الوثيق مع بداية الاكتئاب .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

غالباً ما يكشف تقييم العصبية التاريخ المرضى من السكتة الدماغية ، أو نوبات نقص التروية العابرة ، مع علامات إرشادية من احتشاء الدماغ . كما ترتبط عادة مع الشخصية ومع التغيرات فى المزاج ، وفقد الإرادة ، والاكتئاب ، والتوتر العاطفي . كما أن تطوير أعراض الاكتئاب قد يرافقه تباطؤ نفسي واختلال وظيفي تنفيذي كعرض شائع بين كبار السن ، والمترافق مع أمراض (الاكتئاب/ والأوعية الدموية) .

معدل الانتشار Prevalence :

الأمراض الأوعية الدموية معتدل غير المعدية هي السبب الثاني الأكثر شيوعاً من الأمراض غير السارية بعد مرض الزهايمر . في الولايات المتحدة ، ويقدر معدل انتشار السكان لمجموعة الخرف الوعائي من ٠,٢ ٪ في الفئة العمرية ٦٥-٧٠ عاما الى ١٦ ٪ في الأفراد ٨٠ سنوات فأكثر . وذلك خلال ٣ أشهر بعد السكتة الدماغية ، ٢٠ -٣٠ ٪ من الأفراد الذين يتم لديهم تشخيص الخرف [1] .

ويزيد معدل انتشار الخرف الوعائي من ١٣٪ في سن ٧٠ عاما إلى ٤٤,٦ ٪ في سن ٩٠ سنة أو أكثر ، بالمقارنة مع مرض الزهايمر (٢٣,٦ - ٥١ ٪) والجمع بين الخرف الوعائي ومرض الزهايمر (٢ -٤٦,٤ ٪) . أما أعلى معدل انتشار فتم الإبلاغ عنه في الأمريكيين من أصل أفريقي مقارنة مع القوقازيين ، ودول شرق آسيا (على سبيل المثال : اليابان ، CHII ؛ IA) . معدل انتشار على في الذكور أكثر من الإناث .

دورة التنمية Development and Course :

أمراض الأوعية الدموية يمكن أن تحدث بصورة رئيسية أو خفيفة ، مع الأمراض غير السارية في أي عمر ، وذلك على الرغم من زيادات معدل الانتشار بصورة مضاعفة، وذلك لدى الأفراد الأكبر سنا بعد سن ٦٥ سنة ، أما الأمراض الإضافية فهى تشير جزئيا لعجز عصبي . وبالطبع قد تتباين البداية الحادة مع جزئية التحسن / إلى التراجع التدريجي للانخفاض التدريجي / مع التقلبات عبر فترات متفاوتة ، والتي تتواجد تحت قشرية الدماغ الرئيسة أو المعتدلة NCD المتصلة بالأوعية الدموية ، والتى يمكن أن تتسم بالبطء التدريجي الذي يحاكي الأمراض غير المعدية الرئيسة أو المعتدلة ، والمتعلقة بمسببات مرض الزهايمر .

---

(١) الخرف هو تدهور مستمر في وظائف الدماغ ينتج عنه اضطراب في القدرات الإدراكية مثل: الذاكرة والاهتداء والتفكير السليم والحكمة. لذلك يفقد كثير من الذين يعانون من الخرف قدرتهم على الاهتمام بأنفسهم، ويصبحون بحاجة لرعاية تمريضية كاملة . ومن أكثر أسباب الخرف شيوعاً هو مرض الزهايمر.

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : تتأثر النتائج العصبية بإصابات الدماغ الوعائية ، المرتبطة بعوامل المرونة العصبية مثل التعليم ، وممارسة الرياضة البدنية ، والنشاط العقلي .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : عوامل الخطر الرئيسة الكبرى أو المعتدلة NCD ترتبط بأمراض الأوعية الدماغية ، بما في ذلك ارتفاع ضغط الدم ، ومرض السكري ، والتدخين ، والسمنة ، ارتفاع مستويات الكولسترول ، وارتفاع مستويات الحمض الأميني ، وعوامل الخطر الأخرى لتصلب الشرايين والتصلب الشرياني ، والرجفان الأذيني ، وغيرها من الشروط التى قد تُزيد من مخاطر الصمات الدماغية .

أما اعتلال الأوعية الدماغية ، فيشير عامل الخطر المهم في عملية التشخيص التي تحدث داخل الأوعية الشريانية . وهو عامل خطر رئيس كذلك لحالة وراثية جسمية دماغية ، تتصل باعتلال الشرايين المهيمنة مع عوائق تحت قشرية الدماغ واعتلال الدماغ CADASIL .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

يمكن التشخيص بواسطة تصوير الأعصاب الهيكلية ، وذلك باستخدام التصوير بالرنين المغناطيسي أو التصوير المقطعي ، كدور هام وأساس في عملية التشخيص ، حيث لا توجد مؤشرات حيوية أخرى من اعتلال الأوعية الدموية الكبرى أو المعتدل NCD .

الآثار الوظيفية لاضطراب الرئيسة العصبية الوعائية :

يرتبط الاضطراب الرئيس أو الخفيف بالأوعية الدموية ، والأمراض غير المعدية الشائعة مع العجز البدني التي يسبب الإعاقة الإضافية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

يشاع في الأفراد الأكبر سنا ، احتشاء الدماغ العرضي ، مع ظهور آفات المادة البيضاء ، والذى من المهم النظر في مسببات أخرى مناسبة ، وذلك عندما يكون التشخيص الرئيس الموجود هو الخفيف NCD . وهناك تاريخ من عجز الذاكرة ، والذى

قد يحدث في وقت مبكر ، والذى يرافقه تدهور الذاكرة ، واللغة ، والوظيفة التنفيذية ، والقدرات الإدراكية والحركية في غياب تنسيق الآفات المقابلة على تصوير الدماغ ، والذى يوحي كتشخيص أولي بمرض الزهايمر .

أما المؤشرات الحيوية المحتملة فتجري حاليا للتحقق من صحة مرض الزهايمر ، مثل مستويات السائل النخاعي من بيتا اميلويد ، وتصوير اميلويد ، والذى قد يكون مفيداً في التشخيص التفريقي ، والتشخيص الرئيس الخفيف NCD الذى يتميز بأجهزة التحكم الكبيرة أو المعتدلة ، والتشخيص الرئيس الخفيف NCD للأوعية الدموية ، مع الأعراض الأساس المتمثلة في تذبذب الإدراك ، والهلوسة البصرية ، والشلل الرعاش العفوي .

وبينما يحدث العجز في الوظيفة التنفيذية واللغة ، بنسب كبيرة / أو معتدلة NCD لاضطراب الأوعية الدموية ، والذى يترافق مع الظهور المفاجئ والتقدم التدريجي من المميزات السلوكية أو ضعف اللغة كسمة من الأمراض غير السارية ، والاعتلال الجبهي كأحد مسببات الأوعية الدموية .

الحالات الطبية الأخرى : لا يجب أن يتم إجراء تشخيص رئيس أو خفيف NCD لمرض الأوعية الدموية إذا ترافق مع أمراض أخرى (على سبيل المثال ، ورم في الدماغ ، والتصلب المتعدد ، والتهاب الدماغ ، والاضطرابات الأيضية السامة) الموجودة وذات الشدة الكافية لتفسير ضعف الإدراك .

الاضطرابات النفسية الأخرى : التشخيص الرئيس الخفيف NCD مع مرض الأوعية الدموية غير المناسبة ، ولا يمكن لتلك الأعراض أن تعزى كليا إلى الهذيان ، وذلك على الرغم من أن الهذيان - قد يمكن في بعض الأحيان - فرضه على الأعراض الرئيسة الموجودة مسبقا - فى التشخيص الرئيس الخفيف NCD مرض الأوعية الدموية ، وفي هذه الحالة فإن كل من هذه التشخيصات يمكن إجراءها . إذا تم استيفاء معايير الاضطراب الإكتئابي والإدراكي ، والذى يرتبط زمنيا بالبداية المحتملة للاكتئاب ، مع أمراض الأوعية الدموية الكبرى أو الخفيفة ، والذى يجب أن لا يتم تشخيص الأمراض غير المعدية . ومع ذلك ، إذا سبق التشخيص الرئيس الخفيف NCD

تطوير الاكتئاب ، أو شدة ضعف الإدراك هو من أصل نسبة لشدة والاكتئاب ، ويجب تشخيص كليهما .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

التشخيص الرئيس أو المعتدل ، والتشخيص الرئيس الخفيف NCD بسبب مرض الزهايمر عادة يحدث المشترك مع كبرى أو معتدل الأوعية الدموية الأمراض غير المعدية ، وفي هذه الحالة ينبغي بذل كل من التشخيصات . الرئيسة أو معتدل الأوعية الدموية الأمراض غير المعدية والاكتئاب كثيراً ما تتزامن .

الاضطرابات الرئيسة العصبية بسبب إصابات في الدماغ :

: Due to Traumatic Brain Injury Major Neurocognitive Disorder

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير الاضطرابات العصبية الكبيرة أو المعتدلة .

B . وجود دليل على إصابة في الدماغ ، وتأثيرها في الرأس أو غيرها من آليات الحركة السريعة أو تشريد الدماغ داخل الجمجمة ، مع واحد أو أكثر من الإجراءات التالية : -

١. فقدان الوعي .

٢. فقدان الذاكرة ما بعد الصدمة .

٣. الارتباك والحيرة .

٤. علامات عصبية (على سبيل المثال : الإصابة الناتجة عن تصوير الأعصاب) .

ملحوظة : تفاقم اضطراب الاستيلاء موجود من قبل ؛ تخفيضات المجال البصري؛ وحاسة الشم .

C . يبدو الاضطراب العصبي مباشرة بعد وقوع الصدمة ، وإصابات الدماغ أو بعد استعادة وعيه مباشرة وقد تستمرت لفترة أحرى لما بعد الإصابة الحادة .

ملاحظة الترميز : للاضطراب العصبي فائدة كبيرة بسبب إصابات الدماغ ، مع تأثير الاضطراب السلوكي : لـ ICD-9-CM ، في وقت متأخر من الإصابة داخل الجمجمة دون كسر في الجمجمة ، يليها اضطراب عصبي كبير بسبب إصابات في الدماغ ، مع الاضطراب السلوكي وفقاً لـ ICD-10-CM[1] ، رمز الأول S06.2X9S

(١) التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض ICD والمشاكل المتعلقة بالصحة واختصاره العالمي ICD هو تنصيف تقوم منظمة الصحة العالمية بنشره. يتم تصنيف الأمراض والأعراض والعلامات والمسببات على شكل شِفرات تتكون من ٦ أرقام -وصف تفصيلي للأمراض والإصابات المعروفة. - كل مرض (أو مجموعة الأمراض ذات العلاقة) موصوف بكود (رمز) فريد. - يستعمل حول العالم لإحصاءات الوفيات والمراضة. - ينشر من قبل منظمة الصحة العالمية. - براجع بشكل دوري كل ١٠ سنوات. - وحالياً في طبعته العاشرة، المعروفة بالتصنيف الدولي للأمراض ..ICD-10 -مترجم إلى ٤٢ لغة. - يوجد إصدارات معدلة حسب احتياجات الدول.مثل-ICD : Ireland, New Zealand, Slovenia, استراليا ICD-10AM كندا10CA Samoa, Fiji,Romania ICD-10PHI الفلبين .

منتشر إصابات في الدماغ مع فقدان الوعي لمدة غير محددة ، عقبول تليها F02.81 عصبي الرئيسة اضطراب بسبب إصابات في الدماغ ، مع الاضطراب السلوكي .

اضطراب عصبي كبيرة بسبب إصابات في الدماغ ، من دون اضطراب سلوكي : ل ICD-9-CM ، رمز الأول تأثير في وقت متأخر من إصابة داخل الجمجمة دون كسر في الجمجمة ، تليها اضطراب عصبي كبيرة بسبب إصابات في الدماغ ، من دون السلوكية اضطراب . ICD-10-CM ، رمز الأول S06.2X9S منتشر إصابات في الدماغ مع فقدان الوعي لمدة غير محددة ، عقبول تليها F02.80 اضطراب عصبي رئيس بسبب إصابات في الدماغ ، من دون اضطراب سلوكي .

الاضطراب العصبي الخفيف بسبب إصابات في الدماغ ، رمز (G31.84) . (ملاحظة : لا تستخدم تعليمات برمجية إضافية لإصابات في الدماغ اضطراب السلوكي . لا يمكن أن تكون مشفرة ولكن لا يزال ينبغي أن يشار في الكتابة) .

محددي المواصفات Specifiers :

معدل شدة الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ (NCD) ، وليس ناتجاً عن إصابة (راجع قسم نمو الاضطراب) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يتسبب التشخيص الرئيس الخفيف NCD لإصابات الدماغ من خلال تأثير في الرأس ، أو غيرها من آليات الحركة السريعة أو التشريد من الدماغ داخل الجمجمة ، والتي يمكن أن تحدث مع إصابات الدماغ .

ويتم تعريف إصابات في الدماغ كما فى ارتجاج المخ المحدد بالخصائص التي تشمل واحدة على الأقل مما يلي : فقدان الوعي ، ما بعد صدمة فقدان الذاكرة ، الارتباك والالتباس ، أو في الحالات الأكثر شدة وعصبية من العلامات (على سبيل المثال : تصوير الأعصاب الإيجابية ، وبداية جديدة للمضبوطات أو تدهور ملحوظ من قبل اضطراب الاستيلاء ، والتخفيضات البصرية الميدانية ، الشم ، خزل شقي) (B) . والتي تظهر إما مباشرة بعد حدوث إصابات الدماغ أو مباشرة بعد أن يسترد الفرد وعيه بعد الإصابة ، والتي تستمر بعد فترة سابقة لما بعد الإصابة الحادة (C) .

عرض المتغير المعرفي : ويتصل بصعوبات في مجالات الاهتمام المعقدة ، مثل القدرة التنفيذية ، والتعلم ، والذاكرة المشتركة ، فضلا عن تباطؤ في سرعة تجهيز

المعلومات / مع اضطرابات في الإدراك الاجتماعي ، وهى الأكثر شدة كالتي توجد فى جلطة الدماغ ، والنزيف الداخل فى الجمجمة ، أو إصابات اختراق جسم غريب ، وقد يكون هناك عجز عصبي إضافي ، مثل فقدان القدرة على الكلام ، والإهمال ، وخلل الأداء الإنشائي .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

قد تكون الاضطرابات الرئيسة أو معتدل NCD مصحوبة بوظيفة عاطفية (على سبيل المثال : التهيج ، وسهولة الإحباط والتوتر والقلق ، التوتر العاطفي)؛ والتغييرات فى الشخصية (على سبيل المثال : السلوك الفاضح ، واللامبالاة ، والارتياب والعدوان)؛ والاضطرابات الجسدية (على سبيل المثال : الصداع ، والتعب ، واضطرابات النوم ، والدوار والدوخة ، أو طنين احتداد السمع ، حساسية للضوء ، الشم ، وانخفاض التسامح للأدوية العقلية) ، مع ظهور أعراض وعلامات (على سبيل المثال : العصبية البصرية الأكثر شدة ، واضطراب العجز في (العصب القحفي) والأدلة عن وقوع اصابات العظام) .

معدل الانتشار Prevaience :

في الولايات المتحدة ، يحدث بنسب ١,٧ مليون حالة سنويا ، مما يؤدى إلى ذهاب ١,٤ مليون فرد إلى قسم الطوارئ بنسبة ٢٧٥ ،٠٠٠ إلى المستشفيات ، و٥٢ ،٠٠٠ حالة وفاة / أى حوالي ٢ ٪ من السكان يعيشون مع الإعاقة المصاحبة للمرض . وتصل نسبة الذكور إلى ٥٩ ٪ من الحالات في الولايات المتحدة .

أما المسببات الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة فهي السقوط ، وحوادث السيارات ، والضرب على الرأس ، والاصطدام ، وضربات في الرأس التي تحدث في سياق معركة / كما تم التعرف على الأحداث المترافقة باصطدام الرأس فى المباريات الرياضية بشكل متزايد .

التنمية والدورة Development and Course :

يتم تقييم شدة الحالة المرضية في وقت الإصابة كتقييم أولي خفيف ، أو معتدل ، أو شديد وفقا لعتبات تصنيف شدة الحالة المرضية ، والتى قد لا تترافق بالضرورة مع شدة الأمراض غير المعدية الناتجة عن ذلك . أما مسار التعافي فهو متغير ، ويتوقف ليس

فقط على تفاصيل الإصابة ولكن أيضاً على العوامل المساعدة فى حدوثها ، مثل العمر والتاريخ المرضى المسبق من تلف الدماغ ، أو نتيجة تعاطي المخدرات ، والتي قد تحيد أو تعيق عملية الإنتعاش من الإعاقة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

عوامل الخطر لإصابات في الدماغ : تختلف معدلات إصابات الدماغ حسب العمر ، مع أعلى نسبة معدل انتشار بين الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ٤ سنوات والمراهقين الأكبر سنا ، أما الأفراد الذين مضى عليها أكثر من ٦٥ عاما، فإن السقوط هو السبب الأكثر شيوعاً ، وتأتى حوادث السيارات فى المرتبة الثانية . كما تعد الوقعات الرياضية أسباباً متكررة في الأطفال الأكبر سنا ، المراهقين ، والبالغين الشباب .

عوامل الخطر للاضطراب العصبي لإصابات الدماغ : ويحدث مع الهزات المتكررة ، والذى يمكن أن يؤدي إلى استمرار الأمراض غير السارية وأدلة النيوروباثولوجى Neuropathology [1] والذى يشير إلى اعتلال الدماغ الناتج عن الصدمة . وقد يشارك في حدوث التسمم بمادة ، والتى قد تزيد من شدة الحالة المرضية والناتجة من حادث سيارة مثلاً ، ولكن ما إذا كان التسممى يعاصر وقت تفاقم الإصابة العصبية / فإن النتائج تكون غير معروفة .

المعدلات : المعدل المعتدل بوجه عام ، ويحل في غضون بضعة أسابيع إلى أشهر ، وذلك على الرغم من أن القرار قد يتأخر في سياق الحالة المرضية المتكررة . أو بالتوازى مع نتائج أسوأ من معتدلة إلى شديدة وفقاً للحالة المرضية التى ترتبط بكبار السن (أكبر من ٤٠ عاما) أما العلامات السريرية الأولية ، فتبدو منخفضة ، وقد تصل إلى الغيبوبة coma والتى تتصف بوقف الوظائف الحركية وحركة العين ؛ وهو ما يكشفه التصوير

(١) أمراض الأعصاب Neuropathology هو دراسة المرض من نسيج الجهاز العصبي، وعادة في شكل إما الخزعات الجراحية الصغيرة أو تشريح الجثث كلها .أمراض الأعصاب هو التخصصات الفرعية من علم الأمراض التشريحي ، والأمراض العصبية ، وجراحة المخ والأعصاب . ينبغي عدم الخلط مع ***pathy*** العصبية ، والذي يشير إلى اضطرابات في الأعصاب (عادة في الجهاز العصبي المحيطي) .

المقطعي (CT) والذى قد يعود إلى إصابات الدماغ (مثل النزيف الحبري ، ونزف تحت العنكبوتية ، وتحول خط الوسط ، وطمس البطين الثالث) .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

ما بعد الاختبار النفسي العصبي ، يتم الفحص بالأشعة المقطعية، والذى قد يكشف النزيف الحبري ، ونزف تحت العنكبوتية ، أو أدلة من كدمة، كما يمكن استخدام الرنين المغناطيسي لتقديم صورة مسح مغناطيسى لكشف الحالة .

العواقب الوظيفية للاضطرابات الرئيسة العصبية بسبب إصابات في الدماغ :

مع الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD سواء الخفيف بسبب إصابات الدماغ ، وقد يقرر الأفراد انخفاض فى الكفاءة المعرفية ، مع صعوبة فى التركيز ، وفى القدرة على أداء الأنشطة المعتادة .

وقد يجد الفرد صعوبة في العيش المستقل والرعاية الذاتية مع تلك الأمراض غير السارية بسبب إصابات الدماغ ، مما قد ينعكس بشدة على التناسق الحركى ، مع الترنح ، وتباطؤ الحركة ، وقد يتواجد اضطراب عصبي كبير في الدماغ NCD بسبب أصابات فى الدماغ ، وربما يترافق مع صعوبات وظيفية .

أما الأفراد من ذوي الإصابات السابقة فى الدماغ / فهم أكثر عرضة للاكتئاب ، وهو ما يمكن أن يزيد من تفاقم الشكاوى المعرفية والوظيفية الناتجة . بالإضافة إلى فقدان السيطرة على المشاعر ، بما في ذلك المظاهر العدوانية غير الملائمة ، والتى قد تكون موجودة بعد أصابات الدماغ الأكثر شدة / مع ضعف عصبي أكبر ، كما قد تتفاقم - لدى الفرد - صعوبات العيش المستقل مع والرعاية الذاتية .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

في بعض الحالات ، قد تظهر شدة الأعراض العصبية لتكون متناسقة مع شدة إصابات الدماغ . أو بعد المضاعفات العصبية التي لم يتم كشفها من قبل (على سبيل المثال : الورم الدموي المزمن) مع استبعاد إمكانية تشخيص الأعراض الجسدية مثل الاضطراب الصنعي .

كما يمكن أن يشارك اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) مع الأمراض غير السارية / أما أعراض هذا التداخل (على سبيل المثال : صعوبة التركيز ، المزاج المكتئب ، السلوك الفاضح ، والسلوك العدواني) .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

وينتشر بين الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات ، والآثار العصبية الناتجة عن مادة تُسهم في تفاقم تغير عصبي يرتبط ببعض الأعراض المرتبطة بإصابات الدماغ التي قد تتداخل مع أعراض حالات اضطرابات ما بعد الصدمة ، أو مع اثنين من الاضطرابات التي قد تحدث بصورة مشتركة .

الاضطراب العصبية الرئيسة الناتجة عن مواد دوائية :

Substance/Medication-Induced Major Neurocognitive Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B . ضعف عصبي لا يحدث حصريا أثناء الهذيان ويستمر إلى ما بعد المدة المعتادة من التسممي الحاد والانسحاب .

C. المادة المعنية أو الدواء / ومدة سريان الحالة القادرة على إنتاج ضعف عصبي شديد .

D . الدورة الزمنية للعجز العصبي يتفق مع توقيت استخدام الدواء ، أو مادة ، أو الامتناع عن ممارسة الجنس (على سبيل المثال : لا يزال العجز مستقر أو تحسينه بعد فترة من الامتناع عن ممارسة الجنس) .

E. اضطراب عصبي لا ينسب إلى حالة طبية أخرى أو ليست أوضح من خلال اضطراب عقلي آخر .

ملاحظة عن الترميز : إن ICD-9-CM ورموز ICD-10-CM [المادة محددة الدواء] - يشار إلى اضطرابات عصبية تتسبب وتعتمد على (ما إذا كان / أو لم يكن) هناك حالة مرضية مع اضطراب تعاطي المخدرات / ومع الاضطراب الحالي لنفس الفئة من المواد المخدرة . وإذا تم تشخيص الحالة المرضية الخفيفة مع اضطراب تعاطي المخدرات ، مع اضطراب عصبي ناجم عن مادة ، والطابع الموقف هو :

(١) يجب على الطبيب تسجيل "خفيفة [مادة] أو استخدام كلمة الفوضى" قبل العصبي الناجم عن مادة الاضطراب (على سبيل المثال ،" اضطراب استخدام مواد التنشق الخفيفة الناجم عن اضطراب عصبي لمواد التنشق الكبرى) .

استخدام مادة معتدلة أو شديدة فى الحالة المرضية مع مادة طبية / والذى قد يُحدث اضطراب عصبي ، وينبغي على الطبيب تسجيل الحالة " بالمعتدلة مع [مادة] أو استخدام الفوضى" أو "[الجوهر] استخدام مع الفوضى الشديدة " ووفقا لشدة الحالة المرضية الناتجة عن اضطراب تعاطي المخدرات .

وإذا لم يكن هناك اضطراب ناتج عن حالة مرضية ، وفقاً لطابع للموقف / هنا يجب أن يسجل الطبيب فقط : الاضطراب العصبي الناجم عن المخدرات . وبالنسبة لبعض أصناف المواد (أي الكحول ؛ المهدئات ، المنومات ، مزيلات القلق) ، فلا يجوز ترميزها بمادة خفيفة للحالة المرضية باستخدام اضطراب آخر / بالتوازى مع الاضطراب العصبي الناجم عن مادة ؛ فقط الحالة المرضية المعتدلة أو الشديدة لاضطراب تعاطي المخدرات ، ويمكن تشخيص الحالة السلوكية، بسبب استخدام الاضطراب ، المعتدل أو الحاد دون استخدام اضطراب تعاطى المخدرات :

١. الكحول (اضطراب عصبي رئيس) ، نوع غير مفقد للذاكرةconfabulatory NA FI 0.27 FI 0.97
٢. الكحول (اضطراب عصبي رئيس) ، نوع amnesticconfabulatory NA FI 0.26 FI 0.96
٣. الكحول (اضطراب عصبي خفيف) NA FI 0.288 0.988 FI
٤. نشوق (اضطراب عصبي رئيس) F18.17 FI 8.27 FI 8.97
٥. نشوق (اضطراب عصبي خفيف) FI FI 8.288 8.988 FI
٦. مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق (اضطراب عصبي الكبرى) NA FI 3.27 FI 3.97
٧. مهدئ ، منوم ، أو مزيل القلق (اضطراب عصبي خفيف) NA FI 3.288 3.988 FI
٨. أخرى (غير معروفة) مادة (اضطراب عصبي الكبرى) F19.17 FI 9.27 FI 9.97
٩. أخرى (غير معروفة) مادة (اضطراب عصبي خفيف) F19.188 FI 9.288 9.988 FI

تحديد ما إذا : –

- الثابتة : يستمر الضعف العصبي ، ويمكن أن يكون كبير وموسع .
- وجود فترة من الامتناع عن ممارسة الجنس .

إجراءات تسجيل Recording Procedures :

أولاً ICD-9-CM[1] : ويبدأ باسم الاضطراب العصبي من المادة التي يسببها الدواء مع مادة معينة (مثل الكحول) التي يفترض أن تكون السبب فى الأعراض العصبية . ويتم تحديد رمز التشخيص من الجدول المدرجة في مجموعة المعايير ، والذى يقوم على طبقة المخدرات . وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من تلك الطبقات ، إلا أنه يجب استخدام رمز " لمادة أخرى" وذلك في الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة قد تكون عاملا مسببا ولكن لفئة معينة من مادة غير معروفة ، أو فئة "مادة مجهولة" ينبغي استخدامها .

أما اسم اضطراب (أي [بمادة محددة] للاضطراب العصبي الرئيسة والتى ترتبط بنتيجة [مادة محددة] مسببة لاضطراب عصبي (معتدل) والناتجة عن تناول الكحول (أي نوع غير مفقد للذاكرة) ، تليها مواصفات المدة (الثابتة) . وذلك خلافا لإجراءات التسجيل وفقا لدليل تشخيص الأمراض ICD-I0-CM ، والذى يجمع بين جوهر الاضطراب الناجم عن الأدوية والمواد المخدرة / وذلك في رمز واحد ، لدليل ICD-9-CM والذى يعطى رمز تشخيص منفصل لاضطراب تعاطي المخدرات ، وعلى سبيل المثال : في حالة استمرار اضطراب شديد لفرد مع تعاطي الكحول ، فإن التشخيص الناجم عن اضطراب تعاطي الكحول ، فهو يشير إلى اضطراب عصبي كبير وثابت . وقد يعطى أيضاً تشخيص إضافي باضطراب شديد نتيجة تعاطي الكحول .

وإذا كان يحدث بسبب اضطراب عصبي / دون وجود الحالة المرضية لاضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : بعد الاستخدام الكثيف المتفرق من مواد المتنشقات) ، أي المرافقة لاضطراب تعاطي المخدرات والذى يشار إليه (على سبيل المثال : بالاضطراب العصبي الناجم عن مواد التنشق الخفيفة) .

---

(١) ICD-9-CM يشير إلى دليل تشخيص الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية .

ثانياً : دليل تشخيص الأمراض(الصادر عن منظمة الصحة العالمية) ICD-10-CM تحت اسم المادة التي يسببها الاضطراب العصبي نتيجة استخدام الدواء ، والذى يبدأ مع مادة معينة (مثل الكحول) والتي يفترض أن تسبب الأعراض العصبية . ويتم تحديد رمز التشخيص من جدول المعايير ف المجموعة ، التي تقوم على طبقة المخدرات / مع وجود أو عدم وجود اضطراب الحالة المرضية نتيجة تعاطي المخدرات .

وبالنسبة للمواد التي لا تنسجم مع أي من الفئات ، كرمز " لمادة أخرى" والتى ينبغي أن تستخدم في الحالات التي يتم فيها الحكم على مادة لتكون عاملا مسببا لفئة معينة من مادة غير معروفة ، وفئة "مادة مجهولة" ينبغي استخدامها .

عند تسجيل اسم الاضطراب ، مثل اضطراب تعاطي المخدرات للحالة المرضية (إن وجد) فيتم سرد أولا ، تليها كلمة "مع" ، يليها اسم اضطراب (أي ، [المادة المحددة] التي يسببها اضطراب عصبي أو مادة محددة [رئيسة] التي يسببها اضطراب عصبي خفيف) ، تليها نوع اضطراب الكحول (أي غير مفقد للذاكرة– أو نوع مفتقد - confabulatory) ، تليها مواصفات المدة (أي الثابتة) . على سبيل المثال : في حالة استمرار الأعراض المفتقدة - confabulatory لدى فرد مع اضطراب شديد تعاطي الكحول ، أما تشخيص الاضطراب الشديد F10.26 لتعاطي الكحول التي يسببها اضطرابات عصبية كبرى ، من النوع الثابت .

لا يتوفر تشخيص منفصل عن الحالة المرضية الشديدة لاضطراب تعاطي الكحول : إذا كان يحدث اضطراب عصبي ناجم عن مادة / دون الحالة المرضية لاضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : بعد الاستخدام الكثيف المتفرق من مواد التنشقات) ، أي المترافقة مع اضطراب تعاطي المخدرات ، ويلاحظ (على سبيل المثال ترميز : F18.988 اضطراب عصبي الناجم عن مواد التنشق الخفيفة) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تتميز مادة الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD الكبير أو المعتدل نتيجة تناول الدواء ، والذى قد يسبب عاهات عصبية ، قد تستمر إلى ما بعد المدة المعتادة من الاضطراب التسممى الحاد والانسحاب (B) . وفي البداية ، يمكن لهذه المظاهر أن

تعكس التعافي البطيء لوظائف المخ بعد فترة من تعاطي المخدرات لفترات طويلة ، كما يمكن اتخاذ مؤشرات تصوير الدماغ المستمرة على مدى عدة أشهر . وإذا استمر هذا الاضطراب لفترة ممتده وثابتة - ينبغي تحديدها - ويجب أن يكون ناتجاً عن مادة معينة وتم استخدامها / مع التأكد من قدرتها على إحداث العاهات ، في حين من غير الممكن أن تحدث التناقضات في مجموعة من القدرات المعرفية ، والتى تترافق مع الإساءة من مجموعة متنوعة من الأدوية ، والتى تحدث بعض أنماط أكثر تواترا من طبقات المخدرات ، وعلى سبيل المثال : ما يحدث بسبب الأمراض غير المعدية والمخدرات المنومة ، أو مزيلات القلق والمسكنات (مثل البنزوديازيبينات ، الباربيتورات) وقد تظهر اضطرابات أكبر في الذاكرة مما كانت عليه من قبل .

أما الأمراض غير المعدية الناجمة عن الكحول ، فقد تظهر في كثير من الأحيان مع مجموعة من العاهات في الوظيفة التنفيذية والذاكرة ، ومجالات التعلم . الدورة الزمنية للاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD الناجم عن استخدام مادة معينة (D) . والتي يسببها الكحول للأمراض غير السارية (كورساكوف) ، مع ميزات بارزة تشمل فقدان الذاكرة مع (صعوبة شديدة فى تعلم معلومات جديدة مع النسيان السريع) .

وهذه المظاهر قد تشارك في حدوث علامات الثيامين مع التهاب الدماغ (التهاب الدماغ ويرنيكة : Wer-nick) مع ميزات مرتبطة بها مثل الرأرأة ، والترنح ، وشلل العين من اعتلال الدماغ ويرنيكه ، والذى يتميز عادة بفقدان البصر والشلل الجانبي .

بالإضافة إلى الأعراض العصبية الأكثر شيوعاً ، وذات الصلة بإستخدام الميثامفيتامين (على سبيل المثال : صعوبات في التعلم والذاكرة ، والوظائف التنفيذية للفرد) ، ويمكن أيضاً استخدام الميثامفيتامين ، والذى يترافق مع الأدلة على إصابة الأوعية الدموية (على سبيل المثال : ضعف التنسيق ، والتناسق من جانب واحد ، وردود الفعل غير المتكافئة) . أما الأعراض العصبية فهى الأكثر شيوعاً ، والتى تقارب تلك التي شوهدت في الأوعية الدموية للأمراض غير المعدية .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

متوسطة مدة الناجمة عن الأمراض غير السارية للمخدرات مع الآثار المركزية للنظام العصبي / والتي على رأسها الاكتئاب / والذى يترافق بأعراض مضافة مثل زيادة التهيج والقلق واضطراب النوم ، والانزعاج . متوسط المدة ، والناجم عن الأمراض غير السارية ، مثل العقاقير المنشطة ، والتي قد تُظهر مع انتعاش الاكتئاب وفرط النوم ، واللامبالاة . وقد تتضح في أشكال حادة مع مادة الأدوية التي تسببها الأمراض غير المعدية الرئيسة (على سبيل المثال : ترتبط تعاطي الكحول على المدى الطويل) ، وقد يكون هناك ميزات حركية بارزة ، مثل عدم التناسق ، والترنح ، وتباطؤ الحركة . وقد يكون هناك أيضاً فقدان من السيطرة على المشاعر ، بما في ذلك العدوانية المؤثرة وغير لائقة ، أو مع اللامبالاة .

معدل انتشار Prevalence :

معدل انتشار هذه الظروف غير معروفة : وتدل الأرقام على أن معدل انتشار تعاطي المخدرات هم أكثر عرضة للأمراض غير السارية الرئيسة أو المعتدلة ممن هم من كبار السن ، مع استخدام لفترة أطول ، والمتصله بعوامل الخطر الأخرى مثل نقص التغذية .

تعاطي الكحول ، معدل الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD الخفيف لمدة بسيطة ما يقرب من ٣٠ - ٤٠ ٪ في الأشهر الأولى من الامتناع عن ممارسة الجنس . خفيفة مع NCD والتي قد تستمر ، ولا سيما في الحالة المستقرة المستقرة حتى بعد سن ٥٠ عاما . أما الأمراض غير المعدية الرئيسة فهي نادرة وقد يصاحبها نقص فى التغذية ، كما قد يسببها تناول الكحوليات .

بالنسبة للأفراد الذين يقلعوا عن الكوكايين والميثامفيتامين ، الأفيونيات ، فينسيكليدين ، والمسكنات ، المنومات ، أو مزيلات القلق ، مع مادة الدواء الناجم عن الأمراض غير السارية الخفيف والمتوسطة ، فقد يظهر لديهم بعض الأدلة على أن هذه المواد يمكن أيضاً أن تترافق مع استمرار الاضطراب العصبي الخفيف الكامن في الدماغ NCD .

أما الأمراض غير المعدية الرئيسة المرتبطة بهذه المواد فهو أمر نادر الحدوث ، وقد لا يحدث على الإطلاق . وفي حالة تعاطى الميثامفيتامين [1] ، فإن الأمراض الدماغية الوعائية يمكن أن تحدث أيضاً ، مما يؤدى إلى الانتشار أو تنسيق إصابات الدماغ التي يمكن أن تكون خفيفة أو ناتجة من مستويات عصبية رئيسة . كما تم الربط بالتعرض للمذيبات إلى كل من الأمراض غير المعدية الرئيسة والخفيفة مع مدة الشدة المتوسطة والمستمرة .

كما أن وجود الأمراض غير المعدية الناجمة عن الحشيش ومختلف المهلوسات / يظل أمراً مثيراً للجدل ، وذلك مع تعاطى الحشيش المخدر ، والذى ينتج عنه مختلف الاضطرابات عصبي ، والتى تميل إلى الامتناع عن ممارسة الجنس .

دورة التنمية Development and Course :

اضطرابات تعاطي المخدرات تميل إلى البدء في مرحلة المراهقة والذروة في سن (٢٠ و٣٠) عاماً وذلك على الرغم من التاريخ المرضى الطويل من الاضطراب الشديد لتعاطي المخدرات، والذى يرتبط مع زيادة احتمال الأمراض غير المعدية ، وتظل هذه العلاقات غير واضحة ، وذلك حتى مع حالة الانتعاش (الشفاء) الكامل من اضطراب الوظائف العصبية الشائعة بين الأفراد الذين تعافوا ووصلوا إلى حالة مستقرة قبل سن ٥٠ عاما .

أما المادة الكبرى التي يسببها الدواء فمن المرجح أن تصبح ثابتة في الأفراد الذين يواصلون تعاطي المواد خفيفة NCD حتى مع وصولهم إلى سن الخمسين عاما والمرتبطة بالتغيرات في الدماغ المرتبطة بالعمر ، سواء مع بدئها / أو فى وقت سابق من سوء التعامل مع تلك المواد ، ولا سيما من الكحول ، والذى يمكن أن يؤدي إلى عيوب في

---

(١) الميثامفيتامين Methamphetamine : هو منشط من مجموعة الأمفيتامين والفينيثيلامين من مجموعة العقاقير ذات التأثير العقلي. في الجرعات الخفيفة، يمكن للميثامفيتامين زيادة اليقظة، التركيز، والطاقة بالنسبة للأشخاص المرهقين. في الجرعات الأعلى، يمكنه إحداث هوس مصاحب بالنشوة، مشاعر الثقة بالنفس، وزيادة الرغبة الجنسية.[1][2] للميثامفيتامين قدرة عالية في التسبب بإساءة الاستعمال والإدمان.

النمو العصبي في وقت لاحق (على سبيل المثال : مراحل لاحقة من بروز أمامي فى الدماغ) ، والتي قد يكون لها آثار على الإدراك الاجتماعي ، وعلى القدرات العصبية الأخرى . والناجمة عن الكحول NCD ، وقد يكون هناك تأثير مضاف مع الشيخوخة ، وإصابات الدماغ الناجم عن الكحول .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

عوامل الخطر لمادة الأمراض غير المعدية التي يسببها الدواء وتشمل كبار السن ، والتى تستمر لفترة أطول ، مع استخدام مستمر للدواء السابقة / وصولاً حتى سن ٥٠ عاما . بالإضافة إلى ذلك ، يتم التعرض للاضطرابات الناجمة عن الكحول NCD ، وقد يحدث أوجه قصور مثل : أمراض الكبد ، وعوامل خطر الأوعية الدموية ، وأمراض القلب والأوعية الدموية والدماغية ، والتى قد تسهم فى تفاقم أخطار المرض .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

التصوير بالرنين المغناطيسي (**MRI**) ويجرى للأفراد الذين يعانون من تعاطي الكحول المزمن في كثير من الأحيان ، والذى يكشف عن ترقق قشرية الدماغ ، وفقدان المادة البيضاء ، والتوسيع البطيني للقلب . كما يؤدى إلى تصوير الأعصاب للتشوهات ، التى هي أكثر شيوعاً في تلك مع الأمراض غير المعدية ، ومن الممكن مراقبة الأمراض غير المعدية دون تصوير شذوذ الأعصاب ، والعكس بالعكس .

أما التقنيات المتخصصة (على سبيل المثال : النشر التصويرى الموتر) وقد يكشف عن الأضرار التي لحقت بمساحات محددة من المادة البيضاء[1] .

وقد يكشف التحليل الطيفي بالرنين المغناطيسي عن انخفاض في N-acetylaspartate ، وزيادة في علامات الالتهاب (مثل myoinositol) أو إصابة المادة البيضاء (على سبيل المثال : الكولين) . كما أن العديد من هذه التغييرات الناتجة عن

---

(١) المادة البيضاء (White matter) هي أحد المادتين المكونتين للجهاز العصبي المركزي) حيث تكون المادة الرمادية هي المكون الثاني) تتكون بشكل أساسي من خلايا دبقية ومحاوير عصبية مغمدة بغمد الميالين (النخاعين) .

تصوير الدماغ ومظاهره العصبية العكسية مثل الامتناع عن ممارسة الجنس . وذلك في الأفراد الذين يعانون من اضطراب استخدام الميتامفيتامين ، وقد يكشف التصوير بالرنين المغناطيسي أيضاً عن مساحات أكبر من احتشاء الدماغ .[1]

الآثار الوظيفية للاضطراب العصبية الرئيسة الناتج عن مواد الأدوية :

العواقب الوظيفية الخفيفة للمادة التي يسببها الدواء للاضطراب العصبية الكامنة في الدماغ **NCD** في بعض الأحيان ويضاف إليها انخفاض فى الكفاءة المعرفية ، مع صعوبة التركيز / وقد ينظر في ذلك مع الأمراض غير المعدية الأخرى ، بالإضافة إلى ذلك ، فإن مادة الأدوية التي تسببها الأمراض غير المعدية قد ترتبط بمستوى وظيفي محدد .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات ، مع تسمم المخدرات ، وانسحاب المخدرات هم في خطر متزايد مع غيرهم من الشروط التي يجوز أن تعمل (تجرى) بشكل مستقل ، أو من خلال الواقع الذى يؤدي إلى اضطراب عصبي . ويشمل ذلك التاريخ المرضى من إصابات في الدماغ والالتهابات التي يمكن أن تصاحب اضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : MV ، فيروس التهاب الكبد C ، والزهري) .

لذلك ، ينبغي أن تتواجد المادة التي تسببها اضطرابات الدواء الكبرى أو الخفيفة NCD / والتى ينبغى تفريقها عن الأمراض غير المعدية الناشئة خارج سياق تعاطي المخدرات ، مثل التسممى ، والانسحاب ، بما في ذلك الشروط المصاحبة له (مثل إصابات في الدماغ) .

---

(١) الاحتشاء الدماغي المتعدد (Multi-infarct type) ، ويحدث نتيجة تجلطات في الأوعية الدموية الدقيقة في الدماغ تحدث بين الحين والآخر يفقد معها في كل مرة قدر من القدرات الإدراكية.

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المخدرات : وتسمم المخدرات ، وانسحاب المخدرات هي غاية (قمة) الحالة المرضية للذين يعانون من اضطرابات عقلية أخرى .

أما الحالة المرضية لاضطراب ما بعد الصدمة ، مثل الاضطرابات الذهانية ، واضطرابات الاكتئاب والهوس الاكتئابي ، واضطرابات النمو العصبي ، والتي يمكن أن تُسهم فى الوهن العصبي لمستخدمي المواد المخدرة .

كما تحدث إصابات الدماغ الأكثر تواترا مع استخدام مادة / والذى يترافق مع الجهود المبذولة لتحديد مسببات الأمراض غير المعدية الحادة وطويلة الأجل لاضطراب تعاطي الكحول ، والذى يمكن أن يكون مرتبطاً مع أمراض الجهاز الرئيس للنظام ، بما في ذلك الأمراض القلبية الوعائية وتليف الكبد ، والناجم عن الأمفيتامين ، أو عن الأمراض غير المعدية المصاحبة والتى قد تكون رئيسية أو خفيفة NCD أو الناتجة عن استخدام المنشطات .

الاضطراب عصبي الرئيسي بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B. عدوى فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) .

C . لا يفسر هذا الاضطراب العصبي بشكل أفضل من خلال الظروف غير الفيروسية / مثل أمراض نقص المناعة البشرية ، بما في ذلك أمراض الدماغ الثانوية مثل اعتلال المادة البيضاء للدماغ ، مع تعدد البؤر التقدمية أو التهاب السحايا .

D. الاضطراب العصبي لا ينسب إلى حالة طبية أخرى ولا يفسر بصورة أوضح أفضل من خلال اضطراب عقلي .

ملاحظة عن الترميز : الاضطراب العصبي الكبير بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية ، مع الاضطراب السلوكي ، أما الرمز فهو (B20) وفيروس نقص المناعة البشرية (F02.81) والاضطراب العصبي الرئيس بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية ، مع الاضطراب السلوكي، أما الاضطراب العصبي الرئيس بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية ، دون اضطراب سلوكي ، وفيروس نقص المناعة البشرية

(F02.80) كما يرمز للاضطراب العصبي الخفيف بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية برمز (G31.84) .

(ملاحظة : عدم استخدام تعليمات برمجية إضافية لعدوى فيروس نقص المناعة البشرية ، لا يمكن ترميزه بالاضطرابات السلوكية ولكن لا يزال ينبغي أن يشار عند كتابة التشخيص فقط .)

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يحدث مرض فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق العدوى بفيروس نقص المناعة البشرية من النوع الأول (HIV-1) ، والتي تكتسب من خلال التعرض لسوائل الجسم من شخص مصاب عن طريق الحقن ، أو بتعاطي المخدرات ، أو الاتصال الجنسي (الفاسد المسبب للإيدز وغيره) ، أو التعرض العرضي أو علاجي المنشأ (على سبيل المثال : إمدادات الدم والإبر الملوثة / أو نتيجة إصابة ناقلة لأفراد الخدمات الطبية) .

يصيب فيروس نقص المناعة البشرية عدة أنواع من الخلايا ، فإن معظم الخلايا المناعية بشكل خاص . مع مرور الوقت ، يمكن أن تسبب العدوى استنزاف شديد من"تي المساعد"(CD4) الخلايا الليمفاوية ، مما أدى إلى المناعة الشديدة Over ، والتى غالباً ما تؤدي إلى ظهور ونمو الأورام . وهذا هو ما يسمى بالشكل المتقدم من عدوى فيروس نقص المناعة البشرية كمتلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز) .

كما يتم تأكيد تشخيص فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق إنشاء طرق مختبرية مثل الإنزيم المناعي المرتبط بفحص الأجسام المضادة لفيروس نقص المناعة البشرية مع التأكيد على سلسلة الفحوصات القائمة على تفاعل البلمرة لفيروس نقص المناعة البشرية .

بعض الأفراد المصابين بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية ، مع بعض الأمراض غير المعدية ، والتي تظهر عموما " تحت القشرية (قشرية الدماغ) كأسلوب " مع ضعف بارز للوظيفة التنفيذية ، وتباطؤ معالجة سرعة المعلومات ، مع مشاكل مهمة للانتباه كمتطلب مترافق مع صعوبة التعلم المعرفى ، مع مشاكل أقل من استدعاء المعلومات مع الأمراض غير المعدية الرئيسة ، مع تباطؤ قد يكون بارزاً .

أما الصعوبات اللغوية ، مثل فقدان القدرة على الكلام ، غير الشائع ، فيمكن ملاحظته في خفض مستوى الطلاقة . ويمكن للعمليات المسببة للأمراض/ مثل فيروس نقص المناعة البشرية التي تؤثر على أي جزء من الدماغ ، وبالتالي ، مع أنماط سلبية أخرى ممكنة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

الرئيسة أو المعتدلة الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD والذى يحدث بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية ، وهو عادة أكثر معدلات للانتشار في الأشخاص الذين يعانون من الحلقات السابقة من كبت المناعة (وهن / ضعف) الحاد ، مع ارتفاع الأحمال الفيروسية في السائل النخاعي للدماغ ، والمترافق مع مؤشرات متقدمة من مرض فيروس نقص المناعة البشرية مثل فقر الدم ونقص البومين الدم .

أما الأفراد مع الأمراض المتقدمة غير المعدية فقد يتعرضون لميزات بارزة مثل ضعف التناسق الحركي الشديد ، والترنح ، وتباطؤ المحرك . وقد يكون هناك فقدان من السيطرة على المشاعر ، بما في ذلك العدوانية غير اللائقة التي تتسم باللامبالاة .

معدل الانتشار Prevaience :

يعاني ما يقرب من ثلث إلى أكثر من نصف الأفراد الذين لديهم اضطراب عصبي معتدل على الأقل ، ولكن بعض من هذه الاضطرابات قد لا تستوفي المعايير الكاملة للحالة الخفيفة NCD . وذلك مع ما يقدر بنسبة ٢٥ ٪ من الأفراد مع فيروس نقص المناعة البشرية ، والذى سيكون العلامات والأعراض التي تلبي المعايير الخفيفة NCD ، وفي أقل من ٥ ٪ من تلبية معايير الكبرى للاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD

دورة التنمية Development and Course :

يمكن للـ NCD أن يسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية ، وتحسين تفاقمها ببطء ، أو أن يكون لها تذبذب (عالي / منخفض) . أما التقدم السريع للضعف العصبي العميق غير الشائع في سياق المتاح حاليا للعلاج المضاد للفيروسات ، مع تغيير في الحالة

العقلية بشكل مفاجئ للفرد مع فيروس نقص المناعة البشرية ، وقد يدفع إلى تقييم آخر مع المصادر الطبية المتصلة بالتغيير المعرفي ، بما في ذلك العدوى الثانوية ، أو بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية ، المؤثر على مناطق تحت قشرية الدماغ على مدار المرض ، بما في ذلك المادة البيضاء العميقة ، وتطور أسلوب اضطراب " تحت القشرية " .

ويمكن أن يؤثر فيروس نقص المناعة البشرية على مجموعة متنوعة من مناطق الدماغ ، والذى يمكن أن يأخذ مسارات مختلفة على العديد من الأمراض المصاحبة لعواقب فيروس نقص المناعة البشرية ، وبالطبع الشاملة المرتبطة بالاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية المتجانسة لمعيار (A) العصبي تحت قشرية الدماغ ، والتى قد تتفاعل مع البيانات الشخصية (الهوية) مع التقدم في العمر على مدى الحياة ، وقد يحدث تباطؤ حركي وعاهات مثل تباطؤ المشية ، والذى قد يحدث نتيجة ظروف أخرى مرتبطة بالعمر بحيث قد تظهر التقدم الشامل الأكثر وضوحا في الحياة في وقت لاحق .

أما في البلدان التى تصنف بالمتقدمة (أوروبا/ أمريكا) ، فإن مرض فيروس نقص المناعة البشرية هو في المقام الأول حالة تخص البالغين ، وتكتسب عبر السلوكيات الخطرة (مثل ممارسة الجنس الفاسد المؤدى إلى الإيدز) ، وباستخدام حقن المخدرات وذلك ابتداء من أواخر مرحلة المراهقة ، والتى تبلغ ذروتها خلال مرحلة الشباب في البلدان النامية ، ولا سيما فى أفريقيا ، وجنوب الصحراء الكبرى ، حيث يجرى اختبار فيروس نقص المناعة البشرية والعلاج المضاد للفيروسات الرجعية للنساء الحوامل غير المتاحة بسهولة ، وانتقال المرض قبل الولادة كأمر شائع . والأمراض غير المعدية في مثل الرضع والتى قد يتم تأخيرها لدى الأطفال في المقام الأول كما فى النمو العصبي ، وفى حماية كبار السن من آثار الفيروسات / وحمايتهم من الآثار العصبية التفاعلية من فيروس نقص المناعة البشرية والشيخوخة ، بما في ذلك الأمـــــراض غير المعدية الأخرى (على سبيل المثال : وذلك ما يسببه مرض الزهايمر ، وذلك بسبب مرض الشلل الرعاش) .

الأخطار والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر والعوامل المنذرة لعدوى فيروس نقص المناعة البشرية : وتشمل عوامل الخطر للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية ، مثل حقن تعاطي المخدرات ، والجنس الفاسد المؤدى للإيدز ، وإمدادات الدم غير المحمية والعوامل العلاجية الأخرى .

المخاطر والعوامل المنذرة لاضطراب عصبي رئيس أو خفيف بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية . وقد يؤدى الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية التى قد لا تنخفض بشكل ملحوظ مع ظهور العلاج المضاد للفيروسات ، وعلى الرغم من العروض الأشد (بما يتفق مع خفض تشخيص الأمراض غير السارية الرئيسة) بشكل حاد .

أما العوامل المساهمة فيمكن أن يشمل عدم كفاية السيطرة على فيروس نقص المناعة البشرية في الجهاز العصبي المركزي (CNS) ، وقد يطور سلالات فيروسية مقاومة للأدوية ، مع ظهور آثار الالتهابات النظامية المزمنة فى الدماغ على المدى الطويل ، مع آثار عوامل الحالة المرضية مثل الشيخوخة ، وتعاطي المخدرات ، والتاريخ المرضى السابق مع الجهاز العصبي المركزي للصدمات النفسية ، والالتهابات المشتركة ، كما هو الحال مع فيروس التهاب الكبد الوبائي . أو التعرض المزمن للمضادات الفيروسية القهرية / الناتجة عن تعاطى المخدرات أيضاً ، والتى تزيد من احتمال حدوث السمية العصبية الشديدة .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

تشخيص اختبار مصل فيروس نقص المناعة البشرية : بالإضافة إلى توصيف فيروس نقص المناعة المرضية / الناتجة عن حركة السوائل النخاعية ، والتى قد تكون مفيدة فى الكشف عن الخلل الفيروسي العالي بشكل غير متناسب مع السائل النخاعي مقابل البلازما - وكما سبق - فقد يسفر تصوير الأعصاب (أي التصوير بالرنين المغناطيسي [التصوير بالرنين المغناطيسي]) عن مدى الانخفاض في إجمالي حجم المخ ، ومدى ترقق القشرية ، والحد من حجم المادة البيضاء ، والمناطق غير مكتمل من المادة البيضاء غير طبيعية (hyperintensities) . قد يكون التصوير بالرنين المغناطيسي أو البزل

القطني مفيدة لاستبعاد حالة طبية معينة مثل عدوى الهربس أو التهاب الدماغ المستخفية يمكن أن تساهم في التغيرات CNS في سياق الإيدز . التقنيات المتخصصة مثل نشر الموترة التصوير قد تكشف عن الأضرار التي لحقت مساحات محددة المادة البيضاء .

العواقب الوظيفية لاضطراب عصبي لعدوى فيروس نقص المناعة البشرية :

العواقب الوظيفية : من الأمراض غير السارية الرئيسة أو معتدل بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية هي متغيرة عبر الأفراد . يجوز تجهيز بالتالي ضعف القدرات التنفيذية وتباطأ المعلومات تتداخل بشكل كبير مع قرارات إدارة الأمراض المعقدة المطلوبة للانضمام إلى الجمع بين نظام العلاج المضاد للفيروسات الرجعية . احتمال المرض الحالة المرضية قد خلق مزيد تحديات وظيفية .

التشخيص التفاضلي Diagnostic Markers :

في وجود أمراض المصاحبة ، مثل الالتهابات الأخرى (على سبيل المثال : فيروس التهاب الكبد C ، والزهري) ، تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : تعاطي الميثامفيتامين) ، أو الرأس قبل الإصابة أو العصبية النمائية الظروف ، NCD الرئيسة أو معتدل بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية يمكن تشخيص شريطة أن يكون هناك أدلة أن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية قد ساءت أي الأمراض غير المعدية بسبب تلك الموجودة مسبقا أو الحالة المرضية الظروف . بين البالغين الأكبر سنا ، بداية تراجع عصبي المتعلقة الدماغية قد المرض أو تدهور عصبي (على سبيل المثال : كبيرة أو معتدلة NCD بسبب مرض الزهايمر) تحتاج إلى أن تكون متباينة . بشكل عام ، سواء مستقرة ، تذبذب (دون التقدم) أو تحسين الوضع عصبي المؤيد لمسببات فيروس نقص المناعة البشرية ، في حين قد يحدث تدهور مطرد أو تدريجي للأعصاب أو للأوعية الدموية . لأن نقص المناعة الأشد يمكن أن يؤدي إلى عدوى تمتد إلى الدماغ (مثل داء المقوسات؛ المستخفيات) والأورام (على سبيل المثال : سرطان الغدد الليمفاوية CNS) ، والظهور مفاجئ للاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD أو التفاقم المفاجئ للاضطراب ، والذى يتطلب التحقق من عدم وجود الفيروس المسبب لنقص المناعة البشرية .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

يرتبط مرض فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق المزامنة النظامية والتهاب الأعصاب التي يمكن أن تترافق مع الأمراض الدماغية الوعائية ومتلازمة التمثيل الغذائي : هذه المضاعفات يمكن أن تكون جزءاً مسبباً للأمراض غير السارية الرئيسة أو المعتدل بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية . أما حدوث مشاركة فيروس نقص المناعة البشرية في كثير من الأحيان مع ظروف مثل اضطرابات تعاطي المخدرات ، أو غيرها من الاضطرابات التي تنتقل بالاتصال الجنسي .

اضطراب عصبي رئيسي بسبب مرض بريون :
Major Neurocognitive Disorder Due to Prion Disease :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B . هناك بداية مفاجئة ، مع التقدم السريع للضعف / وهو الأمر الشائع .

C . هناك ميزات لمحرك مرض بريون ، مثل رمع (وهن) عضلي أو ترنح ، أو أدلة علامات بيولوجية .

D . الاضطراب العصبي لا ينسب إلى حالة طبية أخرى وليس يفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر .

ملاحظة عن الترميز : الاضطراب العصبي الكبير بسبب مرض بريون ، مع الاضطراب السلوكي ، هو أول مدونة للمرض . (F02.81) أما الاضطراب العصبي الرئيس بسبب مرض بريون ، المترافق مع اضطراب سلوكي عصبي رئيس بسبب اضطراب مرض بريون ، أو من دون اضطراب سلوكي ، ورمزه الأول (A81.9) أما مرض بريون ، يليه اضطراب عصبي رئيس بسبب مرض بريون ، أو من دون اضطراب سلوكي (F02.80) أو اضطراب عصبي خفيف بسبب مرض بريون [1] ، رمز (G31.84). (ملاحظة : عدم استخدام تعليمات برمجية إضافية لمرض بريون) .

---

(١) (البريون) (/n i rp proteinaceous infectious particle) وهو جزيء بروتيني يتألف من بروتينات فقط ولا يحتوي حمضا نوويا وهو لا يتأثر بطرق التعقيم المستعملة ضد الجراثيم والفيروسات ، أما أمراض البريون قد تكون وراثية ومكتسبة أو خمجية (بالعدوى) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

التصنيف الرئيس أو الخفيف للاضطراب العصبية (NCD) بسبب مرض بريون يشمل الأمراض غير المعدية بسبب مجموعة من الاعتلالات الدماغية الإسفنجية تحت المهاد (بما في ذلك كروتزفيلد مرض جاكوب ، البديل مرض كروتزفيلد جاكوب ، كورو ، جيرستمان- Straussler متلازمة Scheinker ، والأرق القاتل) الناجم عن العوامل المعدية المعروفة باسم البريونات .

أما النوع الأكثر شيوعاً فيتفرق مع مرض كروتزفيلد جاكوب ، والذى عادة ما يشار إليه باسم مرض كروتزفيلد جاكوب Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD) . ومن النادر جداً أن يترافق مع ناقل حركة من مرض جنون البقر ، والذى يسمى أيضاً " بمرض جنون البقر " . وعادة ، ما يعانى الأفراد مع عجز عصبي ، وترنح ، وتحركات غير طبيعية مثل رمع عضلي ، رقص ، أو خلل التوتر؛ وجفل منعكس شائع أيضاً . عادة ، التاريخ المرضى الذى يكشف التقدم السريع للأمراض غير السارية الرئيسة على ما لا يزيد عن ٦ أشهر ، وبالتالي فعادة ما ينظر إلى الاضطراب الكبير فقط ، ومع ذلك ، العديد فإن من الأفراد المصابين بهذا الاضطراب قد يقدموا عروضاً متباينة ، ولا يمكن التأكد من المرض إلا عن طريق الخزعة / أو مع تشريح الجثة .

أما الأفراد مع التشخيص البديل CJD فقد يقدموا رجحان أكبر من الأعراض النفسية ، والذى يتميز بتدني الحالة المزاجية ، وليس بمخاطر الانسحاب ، والقلق . **وعادة فإن مرض بريون لا يتم تشخيصه دون واحد على الأقل من السمات المميزة من العلامات البيولوجية التالية : -**

الأفات المعترف بها الناتجة عن التصوير بالرنين المغناطيسي (المرجحة) الموهنة لسوائل الدماغ ، أو ١٤-٣-٣ تاو البروتين في الدماغ [1] وسوائل العمود الفقري ، كما

(١) ١٤-٣-٣ البروتينات هي عائلة من الحفظ التنظيمية الجزيئات التي يتم التعبير عنها في كل حقيقية النواة الخلايا. ١٤-٣-٣ البروتينات لديها القدرة على ربط عدد كبير من مختلف وظائف البروتينات مما يشير ، بما في ذلك تحركات ، الفسفاتازات ، ومستقبلات عبر الغشاء . وقد تم الإبلاغ عن أكثر من ٢٠٠ البروتينات مما يشير كما ١٤-٣-٣ روابط.اسم ١٤-٣-٣ يشير إلى شطف والهجرة نمط معين من هذه البروتينات .

تستخدم موجات ثلاثية الأبعاد ، وفحص التاريخ المرضى العائلي / أو باستخدام الاختبارات الجينية .

معدل انتشار Prevaience :

المعدل السنوي مع التشخيص البديل **CJD** يقارب من واحد أو اثنين من الحالات لكل مليون نسمة : أما معدل الانتشار فهو غير معروف ولكنه منخفض جداً نظرا لبقائه لفترة قصيرة .

دورة التنمية Development and Course :

مرض بريون قد يتطور في أي سن لدى البالغين ، أما سن الذروة للتشخيص البديل ـ CJD فيصل إلى ما يقرب (من ٦٧ عاما) وعلى الرغم من أنه قد تم الإبلاغ عن أنه يحدث للأفراد في سنوات المراهقة ، أو فى وقت متأخر من الحياة . ويمكن أن يشمل أعراض من مرض بريون مثل : التعب ، والقلق ، مشاكل مع الشهية أو النوم ، أو صعوبات في التركيز . بعد عدة أسابيع ، يمكن أن تتبع هذه الأعراض خلل التناسق ، والرؤية المتغيرة ، أو غير الطبيعية ، وفى المشي ، أو مع حركات رمعية أخرى ، كنعي رقصي ، أو الباليستية ، جنبا إلى جنب مع الخرف التدريجي السريع . وقد يتطور المرض الرئيس عادة بسرعة جداً إلى مستوى الانخفاض على مدى عدة أشهر . ويمكن أن تتقدم الأعراض لأكثر من (سنتان) وتظهر مماثلة في مسارها / إلى غيرها من الأمراض غير المعدية .

عوامل الخطرو والمحاذير Risk Factors and Prognosis ،

المخاطر البيئية : ينقل البريون عبر أنواع متعددة من العدوى ، مع وكلاء التي هي ترتبط ارتباطا وثيقا شكل رأس الإنسان ، فقد ثبت (على سبيل المثال : ظهور اعتلال الدماغ الإسفنجي / عن طريق التشخيص البديل CJD في المملكة المتحدة خلال منتصف ١٩٩٠) . وقد ينتقل المرض من خلال عوامل النمو البشري ، مثل الحقن وهو ما تم توثيقه ، وكانت حالات المتواترة لانتقال العدوى إلى العاملين في مجال الرعاية الصحية .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : هناك عنصر وراثي فيما يصل إلى ١٥ ٪ من الحالات ، ويرتبط مع طفرة جسمية مسيطرة .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

ولا يمكن التأكد من مرض بريون بصفة نهائيا إلا عن طريق الخزعة أو عند تشريح الجثة : وذلك على الرغم من أنه لا توجد هناك أية نتائج مميزة على تحليل السائل النخاعي عبر أمراض بريون ، أما المؤشرات الحيوية الموثوقة فتجري حاليا وضع يشمل (البروتين ١٤-٣-٣) ، خاصة مع التشخيص البديل CJD ، كما كذلك مع البروتين تاو .

كما يعتبر تصوير الدماغ بالرنين المغناطيسي - حاليا - الأكثر حساسية للاختبار التشخيصي ، أما النتيجة الأكثر شيوعاً ، فهى فحص البؤر الرمادية المتعددة في المناطق تحت قشرية الدماغ ، والقشرية .

وقد يكتشف لدى بعض الأفراد ، التصريف الكهربائي الحاد ، والذى غالباً ما يكون ثلاثي الأطوار ومتزامن دورياً بمعدل ٠,٥-٢ هرتز في مرحلة ما أثناء هذا الاضطراب .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات العصبية الرئيسة الأخرى . NCD والذى قد تتسبب فى ظهور مرض البريون ، وقد يظهر مماثلاً في مساره مع الأمراض غير المعدية الأخرى ، إلا أن أمراض البريون قد تتميز عادة بحكم التقدم السريع للمخيخ بالأعراض الحركية البارزة .

اضطراب عصبي رئيسي بسبب مرض باركنسون :

Major Neurocognitive Disorder Due to Parkinson's Disease

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B . اضطراب يحدث في وضع مرض باركنسون المعمول به .

C . هناك بداية مفاجئة مع التقدم التدريجي لانخفاض القيمة .

D . لا ينسب الاضطراب العصبي إلى حالة طبية أخرى ولا يفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر .

أما الاضطرابات العصبية الخفيفة الكبرى ، فربما تكون بسبب مرض باركنسون ، والتى لا ينبغي تشخيصها إلا إذا استوفيت (١ و٢ من المعايير) على حد سواء ، أو مع

اضطراب عصبي ، والذى ربما يكون بسبب مرض باركنسون Parktinson [1] وينبغي أن لا يتم تشخيصه إذا تم تحقيق (١ أو ٢) مما يلى : -

١.عدم وجود أي دليل من المسببات المختلطة (أي غياب الاضطرابات العصبية الأخرى ، مثل الأمراض الدماغية الوعائية أو أمراض عصبية أو عقلية أخرى ، أو نظامية مع شرط 'مرجح مساهم في التدهور المعرفي) .

٢. يسبق مرض باركنسون - بوضوح - بداية ضطراب عصبي .

ملاحظة عن الترميز : للاضطراب عصبي الرئيسة ربما بسبب مرض باركنسون ، مع الاضطراب السلوكي ، رمز الأول ٣٣٢,٠ المرض (G20) باركنسون ، تليها ٢٩٤,١١ (F02.81) اضطراب عصبي الرئيسة ربما بسبب مرض باركنسون ، مع الاضطرابات السلوكية . لاضطراب عصبي رئيسة ، وربما بسبب مرض الشلل الرعاش ، ودون اضطراب سلوكي ، أما الرمز الأول لمرض (G20) باركنسون فهو (F02.80) يليه اضطراب عصبي رئيس ربما بسبب مرض باركنسون ، دون أن ينسب إلى اضطراب سلوكي .

وربما يسبب الاضطراب العصبي الرئيس مرض باركنسون (G31.9) (ملاحظة : لا تستخدام تعليمات برمجية إضافية لمرض باركنسون . ولا يمكن ترميز الاضطرابات السلوكية وينبغي أن يشار عند كتابته بالإضطراب العصبي الخفيف بسبب مرض باركنسون ، ورمزه (G31.84) .

(ملاحظة : لا تستخدم تعليمات برمجية إضافية لمرض باركنسون مثل الاضطراب السلوكي . والذى لا يمكن أن تكون مشفرة / ولكن لا يزال ينبغي أن يشار عن كتابه التشخيص) .

---

(١) مرض باركنسن **Parkinson's Disease** : يُصنّف كخلل ضمن مجموعة اضطرابات النظام الحركي، التي تنتج بسبب خسارة خلايا الدماغ المنتجة للدوبامين إلا أنه أثبت وجوده في عائلات بعينها دون الأخرى. سمي هذا المرض تيمنًا باسم الطبيب الإنجليزي جيمس باركنسون James Parkinson ، الذي كتب مقالا مفصلا حول المرض تحت الاسم: مقالة حول الرعشة الغير إرادية بالإنجليزية An Essay on : the Shaking Palsy وذلك في عام ١٨١٧.

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة الأساس من السمات الرئيسة أو الخفيفة لاضطراب عصبي (**NCD**) تسبب الشلل الرعاش المرضى / والذى يشير إلى التدهور المعرفي في أعقاب ظهور مرض باركنسون **Parkinson's Disease** .

أما الاضطرابات التى تحدث مع مرض باركنسون (B) فتتصل بوضع العجز التدريجي (C) . والأمراض غير المعدية والتى ينظر إليها على أنها ربما تحدث بسبب مرض الشلل الرعاش / إلا عندما لا يكون هناك دليل على اضطراب آخر ، بما يمكن أن يسهم في التدهور المعرفي ، أو عندما يسبق مرض باركنسون بوضوح بداية من الأمراض غير المعدية . والتى تعتبر أمراضاً غير معدية ، وربما يعود ذلك إلى مرض باركنسون ، إلا عندما لا يكون هناك دليل على اضطراب آخر ، والذى يمكن أن يسهم في التدهور المعرفي أو عندما تسبق بدايته مرض باركنسون NCD ، ولكن ليس على حد سواء .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

وتشمل المميزات الموجودة في كثير من الأحيان اللامبالاة ، والمزاج المكتئب ، والمزاج القلق ، الهلوسة ، والأوهام ، والتغيرات في الشخصية ، وحركة العين السريعة REM [1]، واضطراب سلوك النوم ، والنعاس المفرط أثناء النهار .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار مرض باركنسون في الولايات المتحدة يزيد بشكل مطرد مع تقدم العمر من حوالي ٠,٥٪ تتراوح أعمارهم بين ٦٥ و٦٩ الى ٣٪ في سن ٨٥ سنة وما فوق . باركنسون المرض أكثر شيوعاً في الذكور أكثر من الإناث . بين الأفراد مع مرض باركنسون المرض ، وما يصل الى ٧٥ ٪ وضع الأمراض غير السارية الرئيسة في

---

(١) حركة العين السريعة أثناء النوم **REM** هو مرحلة من مراحل النوم تتميز بحركة العين السريعة فيها. يصنف نوم حركة العين السريعة ، يتضمن تصنيف نوم حركة العين السريعة انخفاض وتوتر العضلة وتخطيط سريع وذو جهد منخفض لأمواج الدماغ . ويمكن تمييز هذه الخصائص بسهولة عن طريق البولوسومنوجرام وهو نوع من أنواع دراسات النوم التى تُجرى خصيصاً على من يشتبه من وجود اضطرابات نوم لديهم من المرضى .

وقت ما أثناء مرضهم ، ويقدر معدل انتشار الأمراض غير المعدية خفيفة في مرض باركنسون في ٢٧ ٪ .

دورة التنمية Development and Course :

ظهور مرض باركنسون هو عادة بين العقدين السادس والتاسع من الحياة ، مع معظم التعبير في ٦٠ عام في وقت مبكر . NCD خفيفة غالباً ما يتطور في سياق مبكرة نسبياً مرض باركنسون ، في حين أن انخفاض القيمة الكبرى عادة لا يحدث إلا في وقت متأخر .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر البيئية : وتشمل عوامل الخطر لمرض باركنسون التعرض لمبيدات الأعشاب والمبيدات .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : عوامل الخطر المحتملة ل NCD بين الأفراد مع مرض باركنسون المرض تشمل كبار السن في بداية المرض وزيادة مدة المرض .

التشخيص التفاضلي Diagnostic Markers :

ويتم بالاختبار النفسي العصبي ، مع التركيز على الاختبارات التي لا تعتمد على وظيفة الحركة ، كأمر بالغ الأهمية في الكشف عن العجز المعرفي الأساس ، ولا سيما في مرحلة الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD الخفيف . ويتم بتصوير الأعصاب ومسح نسب الدوبامين بالأشعة ، وقد يتم التفريق بين ليوي الخرف ذات الصلة (بالشلل الرعاش والخرف مع أجهزة التحكم) ذات الصلة الجسم (على سبيل المثال : مرض الزهايمر) ، والذى يمكن أن يكون مفيداً في بعض الأحيان في تقييم الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD الرئيسة أو الخفيف بسبب مرض باركنسون .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطراب العصبي الرئيس أو الخفيف مع أجهزة التحكم : ويستند هذا التمييز إلى حد كبير على توقيت وتسلسل الأعراض الحركية والمعرفية . لـ NCD والذى يجب أن ينسب لمرض باركنسون ، وغيرها من أعراض مرض باركنسون الحاضرة بشكل جيد قبل (مدة سنة واحدة على الأقل) قد بلوغ حالة التدهور المعرفي لمستوى الاضطراب

العصبي الكامن في الدماغ NCD الرئيس ، وتبدأ الأعراض الإدراكية قبل فترة وجيزة ، أو متزامنة مع الأعراض الحركية الخفيفة NCD ، ومن الصعب إنشاء توقيت معين للتشخيص ، وذلك نظراً لوضوح وجود اضطرابات مع اثنين من سلسلة متصلة مع مرض باركنسون لبعض الوقت / وذلك قبل بداية التدهور المعرفي ، أو مع ميزات نموذجية من الأمراض غير السارية الرئيسة أو المعتدلة مع أجهزة التحكم فى وقت التشخيص ، ومن الأفضل تشخيص الأمراض غير المعدية غير المحددة أو الخفيفة .

اضطراب عصبي رئيس أو خفيف بسبب مرض الزهايمر : مع ميزات محركة كمفتاح لتمييز الأمراض غير المعدية الرئيسة أو المعتدلة بسبب مرض باركنسون من كبرى الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD الخفيف بسبب مرض الزهايمر، ومع ذلك ، فإن اثنين من الاضطرابات يمكن أن تحدث بصورة مشتركة .

الاضطراب العصبي للأوعية الدموية الكبرى أو الخفيفة : الرئيسة أو المعتدلة للأوعية الدموية / أو مع الأمراض غير المعدية ، والتى قد تقدم مع ميزات مثل الشلل الارتعاشي الحركي ، المترافق بالتباطؤ الذى قد يحدث نتيجة مرض الأوعية الصغيرة تحت قشرية الدماغ [1] . ومع ذلك ، فإن الشلل الارتعاشي يتميز عادة بأنه غير كافي لتشخيص مرض باركنسون ، وبالطبع فإن الأمراض غير المعدية عادة لديها علاقة واضحة مع التغيرات الدماغية .

اضطراب عصبي بسبب حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : اضطرابات الاعصاب) : ينبغى النظر عند تشخيص الأمراض غير السارية الرئيسة أو المعتدلة بسبب مرض باركنسون فيها ، ويجب أيضاً أن يتم التمييز بين اضطرابات الدماغ الأخرى ، مثل التقدمية فوق النووي، والشلل ، وضمور النظم المتعددة ، والأورام ، واستسقاء الرأس .

(١) يقسم الخرف إلى قشري (في قشرة الدماغ) وتحت القشري (تحت قشرة الدماغ) وفي ١٠ بالمائة من الحالات ممكن أن تعالج لذلك التشخيص الدقيق .
التشخيص : يطلب من المصاب أن يجيب على أسئلة تسمى Mini-mental state examination, MMSE او3MS- Modified Mini-Mental State examination

الذهان التي يسببه الشلل الرعاش : يمكن أن يحدث ذهان الذى يسببه المرض في الأفراد مع الأمراض غير المعدية الأخرى ، وخاصة عندما يتم توصيف عقاقير للدوبامين للحد من المظاهر السلوكية لمثل هذه الاضطرابات ، والحالات الطبية الأخرى ، مثل الهذيان والأمراض غير المعدية بسبب الآثار الجانبية للدوبامين ، أو مع حجب الأدوية والحالات الطبية الأخرى (على سبيل المثال : التخدير أو ضعف الإدراك ، والغدة الدرقية ، أو مع نقص فيتامين B 12)[1].

الاعتلال المشترك Comorbidity :

قد يتعايش الاعتلال المشترك مع مرض باركنسون ، ومرض الزهايمر والأمراض الدماغية الوعائية ، وخاصة في الأفراد الأكبر سنا . ويضاعف من ميزات الحالة المرضية المتعددة ، وقد يقلل من القدرات الوظيفية للأفراد الذين يعانون من مرض الشلل الرعاش ، وقد تشارك الأعراض الحركية المتكررة في حدوث الاكتئاب أو اللامبالاة ، والتي يمكن أن تجعله أسوأ اضطراب وظيفي .

اضطراب عصبي رئيسي بسبب مرض هنتنجتون :
Major Neurocognitive Disorder Due to Huntington's Disease :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B . هناك بداية مفاجئة مع تقدم تدريجي .

C . يتم تأسيس مرض هنتنجتون سريرياً ، أو مع خطر مرض هنتنجتون بناء على التاريخ العائلي أو الاختبارات الجينية .

D . الاضطراب العصبي لا ينسب إلى حالة طبية أخرى ولا يفسر بصورة أوضح أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر .

---

(١) الكوبالامين أو فيتامين ب ١٢ هو فيتامين قابل للانحلال بالماء، وهو ذو أهمية للعمل الطبيعي الدماغ والجهاز العصبي، وله دور في تشكيل الدم. وهو أحد فيتامينات ب الثمانية . وهو من أصل حيواني مثل الكبد واللحوم الحمراء والدواجن.

ملاحظة عن الترميز : الاضطراب العصبي الكبير بسبب مرض هنتنجتون ، مع اضطراب السلوكي ، ويرمز للمرض الأول (G10) يليه مرض هنتنجتون (F02.81) مع الاضطراب العصبي والسلوكي ، الكبير بسبب مرض هنتنجتون .

ويرمز للاضطراب العصبي الكبير بسبب مرض هنتنجتون ، مع اضطراب سلوكي برمز (G10) يليه اضطراب عصبي كبير بسبب مرض هنتنجتون ، دون اضطراب سلوكي (F02.80) .

ويرمز للاضطراب العصبي الخفيف بسبب مرض هنتنجتون برمز (G31.84) .

(ملاحظة : لا تستخدم تعليمات برمجية إضافية لمرض هنتنجتون للاضطرابات السلوكية ، ولا يمكن أن تكون مشفرة ولكن ينبغي أن يشار إليها عند كتابة التشخيص) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

ضعف الإدراك التدريجي هو سمة أساس من مرض هنتنجتون ، مع تغييرات تحدث في وقت مبكر في الوظيفة التنفيذية (أي سرعة المعالجة ، والتنظيم ، والتخطيط) بدلا من التعلم والذاكرة .

أما التغيرات السلوكية المعرفية فغالباً ما ترتبط بالوظيفة التنفيذية ، وقد تسبق ظهور تشوهات المحركات النموذجية للفرد من بطء الحركة (أي تباطؤ الحركة الطوعية) ورقص (أي حركات الرجيج غير الطوعي) . ويشخيص مرض هنتنجتون بالمحدد ، وقد يرتبط مع تاريخ عائلي للفرد / مع مرض هنتنجتون ، أو ما تسفر عنه الاختبارات الجينية تظهر CAG ثلاثي النوكليوتيد ، من التكرار التوسعي في الجين HIT ، وتقع على الصبغية الرابعة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

وتتصل بالاكتئاب ، والتهيج ، والقلق ، وأعراض الوسواس القهري ، واللامبالاة هي في كثير من الأحيان ، والذهان ،والذى يرتبط مع مرض هنتنجتون ويسبق في كثير من الأحيان بداية ظهور الأعراض الحركية .

معدل الانتشار Prevalence :

عجز عصبي هي النتيجة النهائية من مرض هنتنجتون [١] ، ويقدر معدل معيل انتشار فى جميع أنحاء العالم ليكون ٢,٧ لكل ١٠٠ ، ٠٠٠ نسمة / أما معدل انتشار مرض هنتنجتون في أمريكا الشمالية ، وأوروبا ، وأستراليا فيصل إلى ٥,٧ لكل ١٠٠ ، ٠٠٠ نسمة ، مع معدل انتشار أقل بكثير من ٠,٤٠ لكل ١٠٠ ، ٠٠٠ نسمة في آسيا .

دورة التنمية Development and Course :

متوسط العمر عند تشخيص مرض هنتنجتون يقترب من ٤٠ عاما ، وذلك على الرغم من أنه قد يختلف على نطاق واسع . أما العمر عند بدايته فيرتبط عكسيا مع طول التوسع فيه .

وتحدث بداية مرض هنتنجتون (قبل سن العشرين) وقد يكون أكثر شيوعاً مع بطء الحركة ، مع خلل التوتر ، والصلابة ، مع حركات رقصية مميزة للاضطراب . ويتقدم المرض بصورة تدريجية ، مع بقاء متوسط تقريبا بعد سن ١٥ عام من تشخيص الأعراض الحركية .

أما التعبير المظهري من مرض هنتنجتون فيختلف حسب وجود التدهور الحركى والمعرفي ، مع ظهور الأعراض النفسية ، والتى يمكن أن تحدث تشوهات نفسية وإدراكية تسبق تحريك شذوذ لا يقل عن ١٥ عاما .

أما الأعراض الأولية التي تتطلب الرعاية فغالباً ما تشمل القلق ، أو المزاج المكتئب ، ويمكن أن تشمل الاضطرابات السلوكية الأخرى مثل اللامبالاة الوضوحة ، والسلوك الفاضح والاندفاع ، وضعف البصيرة ، مع اللامبالاة ، والذى يحدث - في كثير من الأحيان - بصورة تدريجية مع مرور الوقت .

وقد ينطوي على أعراض الحركة في وقت مبكر من ظهور التململ في الأطراف ، وكذلك مع تعذر الأداء المعتدل (أي صعوبة مع أداء حركات هادفة) ، ولا سيما فى

---

(١) مرض هنتنجتون هو مرض عقلي وراثي يشابه تدهور مرحلي للحالة العقلية، بسبب موت خلايا في المخ . هو مرض تنكسي مترقٍ يُسبب تلف خلايا عصبية معينة في الدماغ، ونتيجة لذلك تظهر حركات لا إرادية واضطرابات عاطفية وتدهور في الحالة العقلية.

المهام الحركية الدقيقة . كما يشمل الاضطراب مشاكل أخرى مثل ضعف المشي (ترنح) وعدم استقرار الوضع ، مع إعاقة حركية مؤثرة في نهاية المطاف .

كما يصبح إنتاج الكلام (التلفظ) من الصعب فهمه ، مما قد يؤدي في محنة كبيرة ناتجة عن حاجز الاتصالات في سياق الإدراك السليم نسبياً .

وقد يؤثر مرض المحركات المتقدمة بشدة على شكل المشي ، مع ترنح تدريجي ، وفي نهاية المطاف قد يحتاج الأفراد إلى تدخل إسعافى . في نهاية المرحلة يضعف التحكم في المحركات مثل : الأكل والبلع ، وعادة ما يكون مساهما رئيسياً في وفاة الفرد من الالتهاب الرئوي التنفسي .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : الأساس الجيني لمرض هنتنجتون هو توغله بالكامل بصورة توسعية جسمية مسيطرة من ثلاثي النوكليوتيد CAG ، وغالباً ما تتسبب الجينات فى حدوث مرض هنتنجتون (A) والتى تصل لتكرار ٣٦ جين وراثى أو أكثر والتى ترتبط دائما مع مرض هنتنجتون ، مع تكرار أطوال أكثر مرتبطة به سن البداية المبكرة .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

الاختبارات الجينية : هي الفحص المخبري الأولي لتحديد مرض هنتنجتون ، وهو اضطراب وراثي جسمي قاهر ، ويرتبط بثلاثي النوكليوتيد ويلاحظ CAG وقد يكون التوسع في تكرار الجين الذي يشفر مرض هنتنجتون هو (البروتين الصبغي 4) إلا أنه لا يتم تشخيص مرض هنتنجتون بصورة أفضل في وجود توسع الجينات وحدها ، ولا يتم التشخيص / إلا بعد أن تصبح الأعراض ظاهرة .

بعض الأفراد مع طلب التاريخ المرضى العائلي ، وذلك بالتوازى مع الاختبارات الجينية الإيجابية السابقة لظهور الأعراض . وقد تشمل المميزات المرتبطة أيضاً التغييرات فى تصوير الأعصاب ، وفقدان وحدة التخزين في العقد القاعدية ، وخاصة النواة المذنبة ، ومن المعروف جيدا أنها تحدث وتتقدم على مدار مرحلة المرض ، كما لوحظت التغييرات الهيكلية والوظيفية الأخرى في تصوير الدماغ / ولكن تظل التدابير البحثية هى الأساس لعملية التشخيص الدقيق .

العواقب الوظيفية لاضطراب عصبي الناتجة عن مرض هنتنجتون :

عند التشخيص المبكر في المرحلة المبكرة من المرض / والمترافق مع انخفاض المهنية هو الأكثر شيوعاً ، وذلك لدى معظم الأفراد ، عن طريق الإبلاغ عن فقدان بعض من القدرة على الانخراط في عملهم النموذجي . إضافة إلى الجوانب العاطفية والسلوكية ، والمعرفية جراء تعرضهم لمرض هنتنجتون ، مثل السلوك الفاضح وتغيرات في الشخصية ، والتي ترتبط إلى حد كبير مع الانخفاض الوظيفي المعرفي ، ويمكن أن تشمل العجز الذى يسهم بصورة أكثر من غيره فى انخفاض سرعة التجهيز الوظيفي ، بدءًا من ضعف الذاكرة .

بالنظر إلى أن ظهور مرض هنتنجتون الذى يحدث في السنوات الإنتاجية من حياة الفرد ، فقد يكون لها تأثير كبير على الأداء التخريبي في وضع العمل ، وكذلك فى الحياة الاجتماعية والأسرية . كما يمكن أن يشمل المرض ، والعجز ، مثل مشاكل ضعف المشية ، والرتة ، وسلوكيات التسرع أو الانفعال ، مع انخفاض مستوى الاحتياجات والرعاية اليومية ، إضافة إلى نقص الرعاية التى تعزى إلى التدهور المعرفي . ويجوز ظهور (حركات رقصية) شديدة إلى حد كبير ، والتى قد تتداخل مع تقديم الرعاية مثل الاستحمام وارتداء الملابس ، واستخدام المرحاض .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الأخرى : ويمكن أن تشمل الأعراض المبكرة لمرض هنتنجتون ، من عدم الاستقرار فى المزاج ، والتهيج ، أو السلوكيات التي قد تشير اضطراب عقلى قهري آخر . ومع ذلك ، فإن الاختبارات الجينية ، أو مع تطور الأعراض الحركية التى تميز وجود مرض هنتنجتون .

اضطرابات عصبية أخرى : الأعراض المبكرة لمرض هنتنجتون ، ولا سيما أعراض ضعف السلطة التنفيذية وضعف السرعة الحركية ، قد تشبه اضطرابات عصبية أخرى مثل (الأمراض غير المعدية) ، ومثل الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ الكبير أو الخفيف NCD أو مع تدهور الأوعية الدموية .

اضطرابات الحركة الأخرى : ويجب أيضاً أن يتم التفريق بين مرض هنتنجتون عن غيره من الاضطرابات أو الظروف المرتبطة بالرقص ، مثل مرض ويلسون ، الناجم عن

المخـدرات ، ومـرض خلـل الحركـة المتـأخر ، ورقـص سـيدنهام ، والذئبـة الحماميـة الجهازية ، أو الرقص الشيخوخي .

نادرا ما يتعرض الأفراد مع دورة مماثلة لتلك التي تبدو مـع مـرض هنتنجتـون ، ولكن دون اختبارات جينية إيجابية ، وقد يشكل ذلك نسخة مظهرية لمرض هنتنجتون ، والذي ينتج عن مجموعة متنوعة من العوامل الوراثية المحتملة .

اضطراب عصبي رئيس بسبب حالات طبية أخرى :
Major Neurocognitive Disorder Due to Another Medical Condition :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B . هناك أدلة من التاريخ المرضى ، والفحـص البـدني ، أو النتـائج المخبريـة علـى أن الاضطراب العصبي هو نتيجة لحالة طبية مرضية في جسم المريض .

C . العجز المعرفي لا يفسر بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخـر / أو مـع آخـر اضطراب عصبي محدد (على سبيل المثال : مرض الزهايمر ، التهاب فيروس نقص المناعة البشرية) .

ملاحظة عن الترميز : يُرمز الاضطراب العصبي الكبير بسبب حالة طبية أخـرى ، مع الاضطرابات السلوكية ، ويرمـز الأول بالحالـة الطبيـة الأخـرى ، تليهـا اضـطراب عصبي رئيس بسبب حالة طبية أخـرى ، مـع اضـطراب الـسلوك (علـى سـبيل المثـال : [G35] التصلب المتعـدد [F02.81] ويـشير إلى اضـطراب عـصبي كـبير بـسبب تـصلب متعدد ، مع اضطراب سلوكي) . أو باضطراب عصبي كبير بسبب آخر حالة طبية ، من دون اضطراب سلوكي .

أما الاضطراب العصبي الخفيف بسبب حالـة طبيـة أخـرى ، فيرمـز (G31.84) . (ملاحظة : لا تـستخدم تعليمـات برمجيـة إضـافية لحالـة طبيـة أخـرى مـع الاضـطراب السلوكي . ولا يمكن أن تكون مـشفرة ولكـن لا يـزال ينبغـي أن يـشار لهـا عنـد كتابـة التشخيص) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

هناك عدد من الحالات الطبية الأخرى التي يمكن أن تسبب اضطرابات عصبية مثل (الأمراض غير المعدية) . وتشمل تلك الشروط الآفات الهيكلية (مثل أورام الدماغ الأولية أو الثانوية ، وتحت الجافية ، وورم دموي ، تدريجي ببطء أو الضغط العادي للدماغ) ، أو نقص الأكسجين (الأكسجة) المتعلق بنقص انسياب الدم الناتج من قصور القلب ، وظروف الغدد الصماء (مثل قصور الغدة الدرقية ، وفرط كالسيوم الدم ، ونقص السكر في الدم) ، والظروف الغذائية (على سبيل المثال : نقص الثيامين أو النياسين) ، وغيرها من الشروط المعدية (مثل الزهري العصبي ، المستخفيات) ، واضطرابات المناعة (مثل التهاب الشرايين ، والذئبة الحمامية الجهازية) ، وأمراض الكبد ، أو الفشل الكلوي ، وظروف التمثيل الغذائي (على سبيل المثال : مرض ، حثل المادة البيضاء متبدل اللون ، وأمراض البلوغ والطفولة) ، والحالات العصبية الأخرى (على سبيل المثال : الصرع ، التصلب المتعدد) . والأسباب غير العادية من إصابة الجهاز العصبي المركزي ، مثل الصدمة الكهربائية أو الإشعاع داخل الجمجمة والواضحة بشكل عام من التاريخ المرضى ، ومع ظهور أو تفاقم الحالة الطبية قد يتم تطوير العجز المعرفي كرد فعل من الأمراض غير المعدية . أما التيقن بشأن التشخيص / فيمكن رصده مع حالة العجز العصبي الجزئي أو تحسين الاستقرار في سياق معالجة الشرط الطي .

دورة التنمية Development and Course :

عادة ما يتم أثناء تشخيص (الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD) تقديمه بطريقة تتناسب مع تطور هذا الاضطراب الطبية الأساس . وذلك وفقاً لظروف الاضطراب الطي وعلاجه (على سبيل المثال : الغدة الدرقية ، والعجز العصبي) قد يتحسن أو على الأقل لا يتفاقم . أو عندما تكون هناك حالة طبية متدهورة (على سبيل المثال : التصلب التدريجي المتعدد) ، فإن العجز العصبي يقدم جنبا إلى جنب مع المسار الزمني للمرض .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

تعتمد النتائج المرتبطة بالفحص البدني والمختبرات وغيرها من المظاهر السريرية على طبيعة وشدة الحالة الطبية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطراب العصبي الرئيس أو الخفيف، والذى يعزى إلى حالة طبية لا تستبعد تماما إمكانية وجود الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ NCD الكبير أو المعتدل . وقد يستمر العجز المعرفي بعد العلاج الناجح نتيجة لحالة طبية مرتبطة بها ، أو مع مسببات أخرى قد تكون مسؤولة عن التدهور المعرفي .

اضطراب عصبي رئيسي نظرا لمسببات متعددة :
Major Neurocognitive Disorder Due to Multiple Etiologies :
معايير التشخيص Diagnostic Criteria :

A . استيفاء بعض معايير اضطراب عصبي كبير أو معتدل .

B . هناك أدلة من التاريخ المرضى ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية بأن الاضطراب العصبي هو نتيجة فسيولوجية لحالة مرضية مسببة عبر أكثر من عملية ، باستثناء المواد (على سبيل المثال : اضطراب عصبي بسبب مرض الزهايمر ، مع التطور اللاحق للاضطراب العصبي الوعائي) .

ملاحظة : يرجى الرجوع إلى المعايير التشخيصية لمختلف الاضطرابات العصبية بسبب ظروف صحية محددة بتوجيهات بشأن إنشاء مسببات معينة .

C . لا يفسر العجز المعرفي بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر والذى لا يحدث حصرا أثناء سير الهذيان .

ملاحظة عن الترميز : الاضطراب العصبي الكبير بسبب مسببات متعددة ، مع اضطرابات سلوكية يرمز (F02.81) . أما الاضطراب العصبي الكبير بسبب مسببات متعددة ، دون اضطراب سلوكي ، فيرمز (F02.80) . أما جميع المسببات الطبية فيجب أن تكون مشفرة وفقاً للشروط المحددة (باستثناء أمراض الأوعية الدموية) والتى تسرد كل على حدة مباشرة قبل اضطراب عصبي كبير بسبب مسببات متعددة (على سبيل المثال : [G30.9] ومرض الزهايمر؛ [G31.83] ومرض ليوي الجسم ؛ [F02.81] واضطراب عصبي كبير بسبب مسببات متعددة ، مع اضطراب سلوكي) .

وعندما يتم مساهمة المسببات الدماغية لاضطراب عصبي ، فإن التشخيص يجب أن لا يتم بسرد اضطراب عصبي ناتج من الأوعية الدموية بالإضافة إلى اضطراب عصبي رئيس بسبب مسببات متعددة . على سبيل المثال : عرض اضطراب عصبي رئيس بسبب كل من : مرض الزهايمر وأمراض الأوعية الدموية ، مع اضطرابات سلوكية ، ويرمز بما يلي : مرض (G30.9) الزهايمر؛ (F02.81) اضطراب عصبي رئيس بمسببات متعددة ، مع اضطراب سلوكي رئيس ، واضطراب عصبي وعائي ، مع الاضطراب السلوكي .

الاضطراب العصبي الخفيف نظرا لمسببات متعددة ، ويرمز (G31.84) . (ملاحظة : لا تستخدم رموز إضافية للمسببات . ولا يمكن ترميزه بالاضطرابات السلوكية ، ولكن لا يزال ينبغي أن يشار إليه عن كتابة التشخيص) . ويتم تضمين هذه الفئة للتغطية السريرية من اضطراب عصبي (NCD) .

أما الدليل على أن الظروف الطبية المتعددة لعبت دوراً محتملا في تطوير الاضطراب العصبي الكامن في الدماغ CD . وبالإضافة إلى الأدلة على وجود عدة ظروف طبية ، والتي قد تسبب الأمراض غير المعدية (أي النتائج من التاريخ المرضى / والفحص البدني / والنتائج المختبرية) ، وقد يكون من المفيد أن يشار إلى المعايير التشخيصية والنص لمختلف المسببات الطبية (على سبيل المثال : بسبب الأمراض غير المعدية مثل مرض باركنسون) .

اضطراب عصبي غير محدد Unspecified Neurocognitive Disorder (R41.9) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة من عصبية الفوضى التي تسبب ضيقاً سريرياً هاماً ، أوضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من الاضطرابات العصبية لفئة التشخيص . أما الاضطراب العصبي غير المحدد فيستخدم فئة الاضطراب في الحالات المسببات الدقيقة ، والتى لا يمكن أن تكون محددة تماماً بما يكفي لجعل الإسناد مسبباً بدقة .

ملاحظة عن الترميز : الاضطراب العصبي غير المحددة الرئيسة أو الخفيفة ، ترمز (R41.9) . (ملاحظة : لا تستخدم رموز إضافية لأي ظروف طبية مسببة ، يفترض أن

تكون سلوكية ، كما لا يمكن أن تكون مشفرة باضطراب ، ولكـن يجـوز أن يـبين ذلـك عند كتابة التشخيص) .

اضطراب الشخصية Personality Disorder :

مع تعريف عام لاضـطراب الشخـصية الـتي تنطبـق عليهـا كـل مـن (عـشرة مـن اضطرابات الشخصية المحددة) . واضطراب الشخـصية هـو أسـلوب دائـم مـن الخـبرة الداخلية والسلوك الذي ينحرف بشكل ملحوظ عن توقعات الفرد الثقافة والمنتشر وغير المرن ، وأن تكون له بداية في مرحلة المراهقة أو مرحلـة البلـوغ ، أو في وقـت مبكـر ، والمستقرة على مر الزمن ، بما يؤدي إلى ضيق أو ضعف .

ومع أي عملية جارية ، وخصوصا واحدة مـن هـذا التعقيـد مـن وجهـات نظـر مختلفة ، فيتم بذل جهد لاستيعابهم . وبالتالي ، فإن اضطرابات الشخـصية الـتى تـرد في كل من القسمين الثاني والثالث تمثل تحـديثا للـنص المـرتبط بـنفس المعـايير الموجـودة في الدليل الرابع DSM-IV -TR ، في حـين يـشمل القـسم الثالـث علـى نمـوذج البحـوث المقترحة لتشخيص اضطراب الشخصية والمفاهيم المتقدمة من قبل الشخـصية DSM-5 ، ولأن هذا المجال من المؤمل أن يتطور فى كلا الإصـدارين بمـا يخـدم الممارسـة الـسريرية والمبادرات البحثية ، على حد سواء .

يتم تضمين اضطرابات الشخصية التالية في هذا الفصل : -

١. اضطراب في الشخصية المذعوره ، هو أسلوب من عدم الثقة والارتياب من قبـل أن الآخرين يتم تفسير دوافعهم كما الحاقدة .
٢. اضطراب في الشخصية الفصامي ، وهو أسلوب من مفرزة العلاقات الاجتماعيـة ومجموعة محدودة من التعبير العاطفي .
٣. اضطراب في الشخـصية الفـصامية ، وهـو أسـلوب مـن عـدم الراحـة الحـادة في العلاقات الوثيقة ، مع تشوهات معرفية أو فى الإدراك الحـسي ، وغرابـة أطـوار السلوك .
٤. اضطراب في الشخصية المعاديـة للمجتمـع ، وهـو أسـلوب مـن الاسـتخفاف ، وانتهاك حقوق الآخرين .

٥. اضطراب الشخصية الحدية ، وهو أسلوب من عدم الاستقرار في العلاقات بين الأشخاص ، والصورة الذاتية والتي تتميز بالاندفاع .

٦. اضطراب في الشخصية التمثيلية (فن التمثيل) وهو أسلوب من الانفعالية المفرطة والساعية لجذب الاهتمام .

٧. اضطراب في الشخصية النرجسية ، وهو أسلوب من العظمة ، والحاجة إلى الإعجاب ، وقلة التعاطف .

٨. اضطراب في الشخصية الانطوائية ، وهو أسلوب من التثبيط الاجتماعي ، ومشاعر بعدم كفاية ، وفرط الحساسية للتقييم السلبي .

٩. اضطراب في الشخصية التابعة ، وهو أسلوب من السلوك المنقاد والتشبث وذات الصلة بالحاجة المفرطة للاعتناء بها .

١٠. اضطراب في الشخصية / الوسواس القهري ، وهو أسلوب من الانشغال النمطى ، والكمالية ، والسيطرة عليها .

١١. تغير في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى ، وهو اضطراب الشخصية المستمرة التي تم تصنيفها لتكون بسبب الآثار الفسيولوجية نتيجة لحالة طبية (على سبيل المثال : آفة الفص الجبهي للدماغ) .

١٢. اضطراب الشخصية المحدد واضطراب الشخصية غير المحددة وهي الفئة المنصوص عليها فى حالتين هما : -

- أسلوب شخصية الفرد الذى يلبي المعايير العامة لاضطراب الشخصية ، وسمات شخصية مختلفة لعدة اضطرابات موجودة ، ولكن لم يتم الوفاء بالمعايير الخاصة بأي اضطراب في الشخصية المحددة .
- أسلوب شخصية الفرد يلبي المعايير العامة لاضطراب الشخصية ، ولكنه يحتمل أن يعانى الفرد من اضطراب الشخصية التي لم يتم تضمينها في تصنيف DSM-5 (على سبيل المثال : اضطراب في الشخصية السلبية والعدوانية) .

يتم تجميع اضطرابات الشخصية في ثلاث مجموعات على أساس التشابه وصفي كما يلي : -

المجموعة الأولى : تشمل اضطرابات الشخصية بجنون العظمة ، فصامي ، وغالباً ما يظهر الأفراد هذه الاضطرابات الغريبة أو الشاذة .

المجموعة الثانية : وتشمل الشخصية المعادية للمجتمع ، مع الشريط الحدودي لاضطرابات الشخصية النرجسية . وغالباً ما يظهر هؤلاء الأفراد مع هذه الاضطرابات المثيرة ،مشاعر عاطفية ،أو فوضى (عدم انتظام) .

المجموعة الثالثة : تشمل الانطوائية ، والتى تعتمد اضطرابات الوسواس القهري ، واضطرابات الشخصية لدى هؤلاء الأفراد مع هذه الاضطرابات ، والتى غالباً ما يظهروا مشاعر القلق أو الخوف .

وتجدر الإشارة إلى أن نظام تلك المجموعات ، قد يفيد في بعض البحوث التعليمية ، والتى يتم التحقق من صحتها باستمرار .

وتشير تقديرات معدلات الانتشار لمجموعات مختلفة بنسب ٥,٧ ٪ لاضطرابات الفئة الأولى ، ١,٥ ٪ لاضطرابات الفئة الثانية ، ٦,٠ ٪ لاضطرابات الفئة الثالثة ، و٩,١ ٪ عن أي اضطراب في الشخصية ، مما يدل على كثرة المشاركين في حدوث الاضطرابات من مختلف المجموعات . كما أشارت بيانات المسح الوبائي الوطنية ٢٠٠١-٢٠٠٢ على أن الكحول ، والأحكام ذات الصلة تشير إلى أن حوالي ١٥٪ من البالغين في الولايات المتحدة لديهم اضطراب شخصية فى واحدة على الأقل من أعراض الاضطراب .

نماذج ثلاثية الأبعاد لاضطرابات الشخصية

: Dimensional Models for Personality Disorders

نهج التشخيص المستخدم في هذا الدليل يمثل وجهة نظر قاطعة بأن اضطرابات الشخصية هي متلازمات سريرية مختلفة بصفة نوعية . وبديلا عن تشخيص النهج القاطع عبر منظور الأبعاد التي تمثل اضطرابات الشخصية / فإن تلك التشخيصات قد تكون غير القادرة على التأقلم مع السمات الشخصية التي تندمج بصورة تدريجية فى الحياة الطبيعية للفرد .

وتوجد فى الدليل الرابع DSM- IV عبر مجموعات من اضطراب الشخصية مثل (الفردية ،غرابة الأطوار ، درامية عاطفية ، والخوف ، والقلق) كما يمكن أن ينظر إليها على أنها تمثل أبعاد أطياف ضعف الشخصية ، والتى قد لا ترتبط بالاضطرابات النفسية.

أما القواسم المشتركة فتظهر معا لتغطية مجالات هامة من ضعف الشخصية ، أو نتيجة اندماجها مع العوامل الطبية لدى الفئات التشخيصية لاضطراب الشخصية ، أو مع مختلف جوانب ضعف الشخصية التى هي لا زالت قيد التحقيق النشط .

الاضطراب الشخصية العامة General Personality Disorder :

المعايير Criteria :

A . أسلوب دائم من الخبرة الداخلية والسلوك الذي ينحرف بشكل ملحوظ عن توقعات ثقافة الفرد . ويتجلى هذا الأسلوب في اثنين (أو أكثر) من في المجالات التالية :-

١. الإدراك (أي سبل إدراك وتفسير الذات ، والآخرين ، والأحداث) .

٢. وجدان (أي نطاق ، وكثافة ، التوتر ، وملاءمة الاستجابة العاطفية) .

٣. أداء الشخصية .

٤. السيطرة على الانفعالات .

B. الأسلوب الدائم غير المرن والمنتشر عبر مجموعة واسعة من سمات الشخصية ، ومن المواقف الاجتماعية .

C. أسلوب دائم يؤدي إلى ضائقة مهمة سريرياً أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

D.أسلوب لمدة طويلة مستقرة ، ويمكن تتبع بداية عودته على الأقل فى مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر .

F. أسلوب دائم أفضل باعتباره مظهرا أو نتيجة لآخر اضطراب عقلي .

G. أسلوب دائم لا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، عقار ، أو دواء) أو حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : صدمات الرأس) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

أهم السمات الشخصية والأنماط دائمة من الإدراك ، المتصل ، والتفكير في البيئة والنفس والتى تبدو خلال مجموعة واسعة من السياقات الاجتماعية والشخصية . فقط

لدى ذوى سمات الشخصية غير المرنة وغير القادرة على التأقلم ، أو بسبب وظيفي هامة ، أو ضعف ،أو ضيق شخصي لكنها لا تشكل اضطرابات فى الشخصية . أما الميزة الأساس من اضطراب الشخصية فهو الأسلوب الدائم من الخبرة الداخلية ، والسلوك الذى ينحرف بشكل ملحوظ عن توقعات ثقافة الفرد ، ويتجلى في اثنين على الأقل من المجالات التالية : الإدراك ، الوجدان ، أداء الشخصية ، أو الدوافع .

(A) . هذا الأسلوب الدائم غير مرن ومنتشر في أنحاء واسعة عبر مجموعة من المواقف الشخصية والاجتماعية

(B) يؤدي إلى ضائقة مهمة سريرياً أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المهام .

(C) . هذا الأسلوب مستقر وطويل الأمد ، ويمكن إرجاع بدايته على الأقل حتى سن المراهقة أو فى وقت مبكر من مرحلة البلوغ .

(D) . لا يفسر هذا الأسلوب أفضل بوصفها مظهراً أو نتيجة لاضطراب عقلي آخر

(E) ولا يُعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة (مثل ، تعاطي المخدرات ، والأدوية ، والتعرض إلى مادة سامة) أو شرط طبي آخر (على سبيل المثال : صدمات الرأس) .

التشخيص محددة Differential Diagnosis :

يتم توفير المعايير أيضاً لكل من اضطرابات الشخصية المدرجة في هذا الفصل ، ويتطلب تشخيص اضطرابات الشخصية تقييم الفرد على المدى البعيد ، ويجب أن تكون أنماط الأداء ، والسمات الشخصية بصفة خاصة واضحة منذ مرحلة البلوغ المبكر . كما يجب التمييز بين سمات الشخصية التي تحدد هذه الاضطرابات من الخصائص التي تظهر نتيجة الاستجابة لضغوطات معينة أو نتيجة لظرفية الحالات الذهنية العابرة بصورة أكثر (على سبيل المثال : اضطراب بين القطبين ، الاكتئاب ، أو اضطرابات القلق ؛ أو التسمم بمادة) .

ويجب أن يقيم الطبيب استقرار سمات الشخصية على مر الزمن وعبر حالات مختلفة ، وذلك على الرغم من أن مقابلة واحدة مع الفرد - في بعض الأحيان - كافية لجعل التشخيص محدداً ، وغالباً ما يكون من الضروري إجراء أكثر من مقابلة واحدة ، مع مرور الوقت . ويمكن أيضاً أن يكون التقييم معقدا / عبر حقيقة أنه لا يجوز النظر في

الخصائص التي تحدد اضطراب إشكالية الشخصية من قبل الفرد (أي الصفات التي غالباً ما تكون منسجمة مع الأنا) . وللمساعدة في التغلب على هذه الصعوبة ، فيجب تكميل المعلومات من الآخرين المحيطين بالفرد ، والتي قد تكون مفيدة .

التنمية والدورة Development and Course :

سمات اضطراب الشخصية عادة ما تصبح معترف بها خلال فترة المراهقة أو حياة الكبار في وقت مبكر . وبحكم التعريف ، فإن اضطراب الشخصية هو أسلوب دائم من التفكير ، والشعور ، والتصرف المستقر نسبياً مع مرور الوقت .

وبعض أنواع اضطراب الشخصية (لا سيما اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع) فإن الحد الفاصل يميل إلى أن يصبح أقل وضوحا مع التقدم في السن ، وقد يكون ذلك أقل صحة بالنسبة لبعض الأنواع الأخرى (على سبيل المثال : الوسواس القهري واضطرابات الشخصية الفصامية) .

ويمكن تطبيق فئات اضطراب الشخصية مع الأطفال أو المراهقين في تلك الحالات غير عادية نسبياً وعلى وجه الخصوص مع تأقلم شخصية الفرد مع الصفات التى قد تكون منتشرة ، وثابتة ، وليس من المرجح أن تكون محدودة تنموياً خاصة مع اضطراب عقلي آخر . وينبغي الاعتراف بأن سمات الشخصية والفوضى التي تظهر في مرحلة الطفولة غالباً لا تستمر دون تغيير في حياة الكبار .

كما يتم تشخيص اضطراب الشخصية General في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاما ، أما المميزات فيجب أن تكون حاضرة فيما لا يقل عن سنة واحدة . والاستثناء الوحيد لذلك هو اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، والتي لا يمكن تشخيصها كذلك في الأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ عاما .

وعلى الرغم من أن تعريف اضطراب الشخصية يتطلب ظهوره في موعد أقصاه أوائل مرحلة البلوغ ، إلا أن الأفراد قد لا يبدأ الاهتمام السريري لديهم حتى وقت متأخر نسبياً في الحياة . ويمكن أن تتفاقم الفوضى بعد فقدان الأشخاص للدعم الكبير خاصة (على سبيل المثال : أحد الزوجين) أو أزمة مع استقرار الأوضاع الاجتماعية (على سبيل المثال : فقد الوظيفة) . ومع ذلك ، فإن نمو وتغيير نمط الشخصية في مرحلة البلوغ المتوسطة أو الحياة في وقت لاحق ، قد يبرر بصورة شاملة وضع تقييم جديد

لتحديد احتمال وجود تغيير فى شخصية المريض بسبب طبي آخر / أو نتيجة حالة من اضطراب تعاطي المخدرات غير المعترف به .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية

Culture-Related Diagnostic Issues :

يجب أن تأخذ الأحكام حول سير شخصية بعين الاعتبار كل من : الجوانب العرقية والثقافية ، والخلفية الاجتماعية ، ويجب عدم الخلط بين اضطرابات الشخصية مع المشاكل المرتبطة بالتثاقف التالي للهجرة أو مع التعبير عن العادات والأعراف ، أو القيم الدينية والسياسية المعلن عنها من قبل منشأ ثقافة الفرد . ومن المفيد للطبيب ، وخاصة عند تقييم الشخصية ، فى ظل وجود خلفية ثقافية مختلفة ، وذلك للحصول على معلومات إضافية من الآخرين الذين هم على دراية بالخلفية الثقافية للفرد .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين

Gender-Related Diagnostic Issues :

اضطرابات شخصية معينة (على سبيل المثال : اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع) والذى يتم تشخيصه أكثر - في كثير من الأحيان - لدى الذكور (على سبيل المثال : اضطرابات الشخصية الحدية ، تمثيلي ، وتابع) ويتم تشخيصه بصورة أكثر تواترا في الإناث .

وعلى الرغم من هذه الاختلافات في معدل الانتشار ، والتى ربما تعكس الاختلافات الحقيقية بين الجنسين في ظل وجود مثل هذه الأنماط ، إلا أنه يجب على الأطباء أن يكونوا على حذر عند تشخيص اضطرابات الشخصية في الإناث أو في الذكور لأن القوالب الأسلوبية الاجتماعية والسلوكية بشأن أدوار الجنسين قد تتنوع كثيراً خاصة مع اختلاف الأبعاد الاجتماعية والثقافية المتباينة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الأخرى ، وسمات الشخصية : العديد من المعايير المحددة لاضطرابات الشخصية عبر وصف مميزاتها (على سبيل المثال : الارتياب ، والتبعية ، وعدم الاهتمام) التي هي أيضاً سمة من حلقات الاضطرابات النفسية الأخرى . وينبغي أن يتم تشخيص اضطراب الشخصية فقط عند ظهور الخصائص المميزة له قبل مرحلة البلوغ / أى في وقت مبكر ، وبشكل نموذجي صريح من أداء الفرد على المدى الطويل ، والذى لا يحدث حصرا أثناء حلقة اضطراب عقلي آخر .

وقد يكون من الصعب - وليس على وجه الخصوص - التمييز بين اضطرابات الشخصية من الاضطرابات النفسية المستمرة مثل اضطراب الاكتئاب الذى له بداية مبكرة دائمة ومستقرة نسبياً ، وقد يكون لبعض اضطرابات شخصية " طيف" العلاقة مع غيرها من الاضطرابات العقلية (مثل اضطراب الشخصية الفصامية مع الفصام ؛ والشخصية الانطوائية مع اضطراب القلق الاجتماعي ، ومع اضطراب [الرهاب الاجتماعي]) على أساس الظواهر البيولوجية أو أوجه التشابه أو التجميع العائلي للاضطراب (العامل الوراثى) .

ويجب التمييز بين اضطرابات الشخصية وبين السمات الشخصية التي لا تصل إلى عتبة اضطراب الشخصية : ويتم تشخيص سمات الشخصية كشخصية مضطربة فقط عندما تكون غير مرنة ، وغير القادرة على التأقلم ، وأن تكون مستمرة بسبب اضطراب وظيفي هام .

اضطرابات ذهانية : اضطرابات الشخصية الثلاثة قد تكون ذات صلة بالاضطرابات الذهانية (أي بجنون العظمة ، فصامي ، وفصامية) ، وهناك معيار الاستبعاد والذى يشير إلى أن هذا الأسلوب من السلوك لا يجب أن يحدث بشكل حصري خلال حالة الفصام ، أما اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب / أو مع ميزات ذهانية ، أو اضطراب ذهاني آخر . قد ترتبط مع الفرد الذى لديه اضطراب عقلي ثابت (على سبيل المثال : الفصام) الذي يسبقه اضطراب في الشخصية والموجود من قبل ، والذى ينبغي أيضاً أن يتم تسجيله باضطراب في الشخصية ، تليها عبارة (سابق للمرض) بين قوسين .

القلق والاضطرابات الاكتئابية : يجب أن يكون الطبيب حذرا عند تشخيص اضطرابات الشخصية خلال حلقة من اضطراب الاكتئاب أو مع اضطرابات القلق ، لأن هذه الشروط قد تشكل أعراض سمات مستعرضة تحاكي الصفات الشخصية ، وقد تمثل صعوبة أكبر عند التقييم بأثر رجعي على المدى الطويل .

اضطراب ما بعد الصدمة : عندما تظهر تغيرات في الشخصية وتستمر بعد التعرض لضغط فردى شديد ، فإن تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة ينبغي النظر فيه .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : وذلك مع الفرد الذى لديه اضطراب تعاطي المخدرات ، ومن المهم عدم جعل تشخيص اضطراب الشخصية يستند فقط على السلوكيات التي تشير إلى عواقب التسممى من مادة أو الانسحاب منها ، أو التي ترتبط مع أنشطة استخدام مادة محددة (على سبيل المثال : السلوك المعادي للمجتمع) .

تغير في شخصيته بسبب حالة طبية أخرى : تحدث التغييرات في الشخصية بصفة دائمة ، وتنشأ نتيجة للتأثيرات الفسيولوجية لحالة طبية أخرى (على سبيل المثال : ورم في المخ) ، وينبغي الأخذ بعين الاعتبار تشخيص التغير في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى .

الفئة الأولى لاضطرابات الشخصية Cluster A Personality Disorders :

اضطراب الشخصية بجنون العظمة Paranoid Personality Disorder ،

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F60.0) :

A . وتشمل انعدام الثقة والارتياب من الآخرين بحيث يتم تفسيرهم كما الحاقدة ، والتي تبدأ قبل مرحلة البلوغ المبكر ، والحالي مع مجموعة متنوعة من السياقات ، كما يتبين من أربعة أو أكثر من التالي : -

١. المشتبه فيهم ، دون أساس كاف ، أو أن الآخرين يحاولون ، إيذاؤه ، أو خداعه (له /أو لها) .

٢. الانشغال بالشكوك غير المبررة حول ولاء أو الجدارة بالثقة من الأصدقاء أو الزملاء .

٣. غير راغبين في الثقة في الآخرين بسبب الخوف غير المبرر، أو للمعلومات التى سوف تستخدم بشكل ضار ضده (له / أو لها) .

٤. يقرأ المعاني المهيئة أو التهديد الخفي أثناء حديثه العادى .

٥. يحمل باستمرار الأحقاد (أي لا ترحم من الشتائم ، والإصابات ، أو الازدراء) .

٦. يدرك الهجمات التي تحمل (له / أو لها) طابع أو سمة ليست واضحة للآخرين مع سرعة الرد بغضب أو نتيجة لهجوم مضاد .

٧. لديه شكوك متكررة ، دون مبرر ، تجاه الآخرين .

B . لا يحدث حصرا أثناء سير الفصام ، والاضطراب الثنائي القطب أو اضطراب الاكتئاب مع ميزات ذهانية ، أو اضطراب ذهاني آخر ، ولا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لحالة طبية أخرى .

ملاحظة : إذا تم استيفاء المعايير قبل بدء الفصام ، يضاف " سابق للمرض " أي" مع اضطراب جنون العظمة ، واضطراب الشخصية (السابق للمرض) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس : من اضطراب الشخصية بجنون العظمة هو أسلوب من عدم الثقة ، مع معدل انتشار وارتياب من الآخرين بحيث يتم تفسير دوافعهم كما الحاقدة . وهذا أسلوب يبدأ مع مرحلة البلوغ المبكر ، والموجود في مجموعة متنوعة من السياقات .

أما الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب فيفترض بأن الآخرين سوف يستغلونه ، أو يتعرض بسببهم للأذى ، أو الخداع ، حتى في حالة عدم وجود أي دليل لدعم هذا التوقع .

(A1) . انهم يشتبهون في أسس الأدلة القليلة أو المعدومة بأن الآخرين يتآمرون ضدهم ، وربما مهاجمتهم فجأة في أي وقت وبدون سبب ، وهم غالباً ما يشعرون بأنهم كانوا يدركون تلك النوايا السيئة بعمق من قبل شخص آخر أومن أشخاص آخرين حتى عندما لا يكون هناك دليل موضوعي لهذا الغرض . وانهم مشغولون بتلك الشكوك غير المبررة حول الولاء أو الجدارة بالثقة من أصدقائهم المقربين ، الذين تم تمحيصهم بدقة للحصول على أدلة من نوايا تلك الإجراءات العدائية نوايا .

(A2) . أي انحراف محتمل من الثقة والولاء يعمل على دعم الافتراضات التي تقوم عليها ، وهم يشعرون بالدهشة (عندما يظهر صديق أو زميل الولاء لهم ، لأنهم لا يمكن أن يثقوا بأحد وهم يتوقعون الغدر دائماً حتى من الأصدقاء) .

الأفراد مع اضطراب في الشخصية بجنون العظمة يترددون ، ولا يثقون فى الآخرين ، وهم حريصيين عن البعد عن الآخرين لأنهم يخشون أن أمورهم الشخصية سوف تشاع ، وسوف تستخدم ضدهم .

(A3) . قد يرفضوا الإجابة على الأسئلة الشخصية ، وهم يقرءون المعاني الخفية التي يرونها مهينة وتشكل مصدر تهديد لمصالحهم بصورة مباشرة .

(A4) . على سبيل المثال : الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يسيئون تفسير الخطأ رغم أنه تم بالصدفة البحتة مثل (تصريح مضحك من قبل زميل في العمل / يرونه بأنه هجوم خطير عليهم) .

وغالباً ما يساء تفسيرها للمجاملات (على سبيل المثال : يساء تفسير مجاملة على اقتناء الجديد على أنها تشير إلى الأنانية ؛ أو بمحاولة الظهور بأفضل أداء) . وقد ينظرون لعرض لمساعدتهم على أنه نقد لهم وتقليل من شأنهم ، أو أنهم لا يعملوا بصورة جيدة بما فيه الكفاية .

الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يحملوا الأحقاد نحو الآخرين باستمرار وغير مستعدين ليغفروا الشتائم والإصابات ، أو الازدراء الذى يعتقدون أنه موجه إليهم .

(A5) . وقد تستمر مشاعرهم العدائية لفترة طويلة ، وهم متربصين باستمرار للنوايا - المتخيله - من الآخرين ، وهم يشعرون في كثير من الأحيان مستعدين وبسرعة للهجوم المضاد والتفاعل مع الغضب ، والإهانات المتصورة .

(A6) . الأفراد يعانون مع هذا الاضطراب قد يكونوا غيورين بشكل مرضي ، وغالباً ما يشتبهوا بأن الزوج هو غير مخلص دون أي مبرر كاف .

(A7) . قد يجتمعون على أمور تافهة وظرفية ودون وجود أدلة لدعم معتقداتهم ، وهم يريدون الحفاظ على السيطرة الكاملة على العلاقات الحميمة لتجنب التعرض للخيانة وربما يشكك باستمرار ويطعن في مكان ، والإجراءات ، والنوايا ، والإخلاص من الزوج .

ويجب أن لا يتم تشخيص اضطراب الشخصية المذعوره في حالة حدوث هذا الأسلوب من السلوك حصريا خلال الفصام ، أما الاضطراب الثنائي القطب

أو اضطراب الاكتئاب مع ميزات ذهانية ، أو مع اضطراب ذهاني آخر ، أو إذا كان يعزى إلى آثار فسيولوجية عصبية (على سبيل المثال : صرع الفص الصدغي) أو نتيجة حالة طبية أخرى (B) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

الأفراد مع اضطراب الشخصية بجنون العظمة - هم عموما - غالباً ما يكون لديهم مشاكل فى إقامة علاقات وثيقة : بالارتياب والعداء المفرط والذى يمكن التعبير عنه بصورة علنية (فى الانطواء) ، وفى ترقب التهديدات المحتملة .

ويتصف هؤلاء الأفراد بتصرفاتهم الملتوية " الباردة " والتى تفتقر إلى المشاعر الإيجابية ، على الرغم من أنها قد تبدو موضوعية وعقلانية ، إلا أنهم - في كثير من الأحيان - قد يكونوا عرضة لمجموعة من الخلل السلوكى ، مع تعبيرات معادية ، وعنيدة ، ويغلب عليها السخرية ، وبطبيعتها القتالية المشبوهة ، والتى قد تثير ردود فعل معادية من الآخرين .

ويعانى الأفراد من اضطراب في الشخصية بجنون العظمة ، مع نقص الثقة في الآخرين ، مع حاجة مفرطة ليكونوا مكتفين ذاتيا ، وذلك بالتوازى مع شعور قوي بالتحكم الذاتي - غير المبرر - كما أنهم بحاجة وبدرجة عالية للسيطرة على من حولهم ، وهم غالباً ما يتصفوا بالجمود ، وانتقاد الآخرين ، وغير قادرين على التعاون ، على الرغم من أنهم قد يجدوا صعوبة كبيرة في تقبل نقدهم .

قد يلومون الآخرين لأوجه القصور الخاصة بهم : مما يسبب سرعة الهجوم المضاد ردا على التهديدات التى يرون أنها صادرة ممن حولهم ، وقد يصل لحد التقاضي ، ويلجئوا في كثير من الأحيان للمشاركة في النزاعات القانونية .

ويسعى الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب إلى التأكيد على المفاهيم السلبية المسبقة تجاه الناس أو الحالات التي يواجهونها ، وغالباً ما يعزون الحقد نحو الآخرين / بالتوقعات من المخاوف الخاصة التى قد تصدر عنهم .

ويعانى الأفراد مع هذا الاضطراب من مواجهة حلقات ذهانية قصيرة جداً (تدوم من دقيقة لساعات) . في بعض الحالات ، والأفراد مع اضطراب الشخصية بجنون العظمة قد تظهر اضطراب المتن السابق لمرض اضطراب الوهمية أو انفصام الشخصية .

الأفـراد مـع اضـطراب في الشخـصية بجنـون العظمـة قـد يتطـوروا الاضـطراب الاكتئـابي ، ويمكـن أن يكونـوا في خطـر متزايـد للخـوف مـن الأمـاكن المكـشوفة ، واضطراب الوسواس القهري . وكثيراً ما يحدث لديهم اضطراب الكحول ، وغيره مـن اضطرابات تعاطي المخدرات ، والذى قـد يتـشارك فى حـدوث اضـطرابات الشخـصية الأكثر شيوعاً ، وقد يظهرون اضطرابات فصامية ، نرجسية ، وانطوائية .

معدل انتشار Prevalence :

وتشير تقديرات معدل انتشار اضطراب الشخصية بجنون العظمة على أساس عينة فرعية من الاعتلال المشترك ، والذى يشير إلى وجود معدل انتشار ٢,٣ ٪ ، في حـين أن المسح الوطني (الأمريكى) لتعاطي الكحول الوبائي والبيانات ذات الصلة ، والتى توحي بمعدل انتشار اضطراب الشخصية بجنون العظمة إلى نسبة ٤,٤٪ .

دورة التنمية Development and Course :

قد يكون اضطراب الشخصية بجنون العظمة واضحاً لأول مرة في مرحلة الطفولـة والمراهقة خلال علاقاته بأقرانه مع القلق الاجتماعي ، وتدني التحـصيل في المدرسـة ، وفرط الحساسية ، بالترافق مع الأفكار الغريبة واللغـة ، والأوهـام الفقهـي ، وهـؤلاء الأطفال قد يبدو" غريبين " أو" غريب الأطوار ، ودلت نتائج العينات السريرية ، علـى أن هذا الاضطراب يبدو بأنه أكثر شيوعاً في الذكور / عنه لدى الإناث .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

الجينية والفيسيولوجية : هناك بعض الأدلة على زيـادة معـدل انتـشار اضـطراب الشخصية بجنون العظمة في الأقارب مع الفصام ، وأكثـر تحديـدا للعلاقـة الأسـرية مـع اضطراب الوهمية ، ونوع الاضطهاد .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية
: Culture-Related Diagnostic Issues

تتأثر بعض السلوكيات بالسياقات الاجتماعية والثقافية ، أو بظروف حياتية معينة قد تسمى خطأ بجنون العظمة ، والتى ربما تعززها عملية التقييم السريري .

أما أفراد الأقليات والمهاجرين واللاجئين ، أو الأفراد من خلفيات عرقيـة مختلفـة قد يعرضوا سلوكيات دفاعيـة بـسبب وجـود (علـى سـبيل المثـال : العوائـق اللغويـة ،

أو عدم معرفة القواعد والأنظمة) أو ردا على الإهمال أو اللامبالاة المتصورة من غالبية المجتمع . ويمكن لتلك السلوكيات ، بدورها ، بأن تولد الغضب والإحباط في أولئك الذين يتعاملون مع هؤلاء الأفراد ، وبالتالي إنشاء حلقة مفرغة من عدم الثقة المتبادلة .

كما لا ينبغي الخلط مع اضطراب الشخصية بجنون العظمة / وبين عرض السلوكيات المرتبطة ثقافيا لدى بعض الجماعات العرقية أيضاً ، والتي يمكن أن يساء تفسيرها على أنها اضطراب بجنون العظمة .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الأخرى مع أعراض ذهانية : اضطراب في الشخصية بجنون العظمة يمكن يمكن تمييزها عن اضطراب الوهمية ، ونوع الاضطهاد؛ الفصام؛ وثنائي القطب أو اضطراب الاكتئاب مع ميزات نفسية بسبب هذه الاضطرابات تتميز بها كل فترة استمرار أعراض ذهانية (على سبيل المثال : الأوهام والهلوسة) . لإضافي تشخيص اضطراب في الشخصية بجنون العظمة أن تعطى ، يجب أن يكون اضطراب في الشخصية كان موجودا قبل ظهور أعراض ذهانية ، ويجب أن تستمر عندما ذهاني الأعراض في العفو والصفح . عند الفرد لديه اضطراب عقلي آخر المستمرة (على سبيل المثال : الفصام) الذي سبقه اضطراب في الشخصية بجنون العظمة ، واضطراب في الشخصية بجنون العظمة وينبغي أيضاً المسجلة ، تليها "سابق للمرض" بين قوسين .

تغير في شخصيته بسبب حالة طبية أخرى : اضطراب في الشخصية بجنون العظمة يجب تمييزها عن تغير في شخصيته بسبب حالة طبية أخرى ، في الذي الصفات التي تظهر تعزى إلى الآثار المباشرة لحالة طبية أخرى على الجهاز العصبي المركزي .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : يجب تمييز اضطراب في الشخصية بجنون العظمة من الأعراض التي قد تتطور بالتعاون مع تعاطي المخدرات المستمرة . الصفات بجنون العظمة المرتبطة إعاقات جسدية . كما يجب التمييز بين اضطراب من الصفات بجنون العظمة المرتبطة تطوير إعاقات جسدية (على سبيل المثال : ضعف السمع) .

اضطرابات الشخصية الأخرى ، وسمات الشخصية : قد تكون اضطرابات الشخصية الأخرى الخلط بينه وبين اضطراب في الشخصية بجنون العظمة لأن لديهم

بعض الخصائص المشتركة . ولذلك فمن المهم أن نميز بين هذه الاضطرابات على أساس الاختلافات في حياتهم السمات المميزة . ومع ذلك ، إذا كان الفرد لديه سمات الشخصية التي تلبي معايير واحد أو أكثر اضطرابات الشخصية بالإضافة إلى اضطراب في الشخصية بجنون العظمة ، ويمكن أن يكون كل تشخيص . اضطراب في الشخصية بجنون العظمة وشخصيته فصامية حصة اضطراب وسمات ارتياب ، الانطواء الشخصية ، والتفكير بجنون العظمة ، ولكن شخصية فصامية ويشمل الاضطراب أيضاً من الأعراض مثل التفكير السحري والخبرات الحسية غير عادية ، والغريب التفكير والكلام . الأفراد مع السلوكيات التي تلبي معايير لو غالباً ما ينظر إلى اضطراب في الشخصية فصامي كما غريب ، غريب الأطوار ، والباردة ، وبمعزل ، ولكن لم يكن لديهم عادة التفكير بجنون العظمة البارزة . ميل الأفراد مع ويعتبر اضطراب في الشخصية بجنون العظمة للرد على المحفزات طفيفة مع الغضب أيضاً في الشريط الحدودي واضطرابات الشخصية تمثيلي . ومع ذلك ، لا ترتبط هذه الاضطرابات بالضرورة مع ارتياب واسع المعدل الانتشار . الأشخاص الذين يعانون من اضطراب في الشخصية الانطوائية قد تكون أيضاً مترددة في الثقة في الآخرين ، ولكن أكثر من الخوف من كونها وجدت بالحرج أو عدم كفاية من من الخوف من نوايا خبيثة الآخرين . على الرغم من السلوك المعادي للمجتمع قد يكون موجودا في بعض الأفراد مع اضطراب في الشخصية بجنون العظمة ، لا تحركه عادة من قبل الرغبة لتحقيق مكاسب شخصية أو لاستغلال الأخرين كما هو الحال في اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، بل هو أكثر تعزى في كثير من الأحيان إلى الرغبة في الانتقام . الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية النرجسية قد يعرض أحيانا ارتياب ، الانسحاب الاجتماعي ، أو الاغتراب ، ولكن هذا مستمد في المقام الأول من المخاوف من وجود عيوب أو عيوب كشف .

قد تكون الصفات بجنون العظمة التكيف ، لا سيما في بيئات مهددة : مجنون بالشك وينبغي تشخيص اضطراب الشخصية فقط عندما تكون هذه الصفات هي غير مرنة ، غير القادرة على التأقلم ، واستمرار وتتسبب في اضطراب وظيفي كبير أو ضائقة ذاتي .

اضطراب الشخصية الفصامي Schizoid Personality Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F60.1) :

A. أسلوب منتشر من مفرزة العلاقات الاجتماعية ومجموعة محدودة من التعبير عن العواطف في الإعدادات الشخصية ، ويبدأ قبل سن البلوغ المبكر / أو في الوقت الحالي مع مجموعة متنوعة من السياقات ، كما يتبين من وجود أربعة (أو أكثر) من التالي : -

١. لا يرغب ولا يتمتع بعلاقات وثيقة ، بما في ذلك كونه جزءاً من الأسرة .
٢. يختار دائما تقريبا الأنشطة الانفرادية .
٣. لا يملك الا القليل من التجارب ، إن وجدت ، فالفائدة لديه محدودة .
٤. تدنى فى المتعة عبر الأنشطة القليلة ، وذلك إن وجدت .
٥. يفتقر إلى الأصدقاء المقربين أو غير المقربين أقارب من الدرجة الأولى .
٦. يبدو غير مبال للمدح أو انتقاد الآخرين .
٧. يظهر برودة عاطفية ، مفرزة ، أو وجدان متدنى .

B . لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير الفصام ، أو مع الاضطراب الثنائي القطب، أو اضطراب الاكتئاب مع ميزات نفسية ، ولا مع اضطراب ذهاني آخر ، أو اضطراب طيف التوحد ،ولا يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية الطبية الآخرى .

ملاحظة : إذا تم استيفاء المعايير قبل بدء الفصام ، يضاف إليه " مع مرض سابق" ، أي اضطراب فصامي في الشخصية (سابق للمرض) ."

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب الشخصية الفصامية . هو أسلوب شائع من العلاقات الاجتماعية ومجموعة محدودة من التعبير عن العواطف في التعامل مع الآخرين الإعدادات .

ويبدأ هذا الأسلوب فى مرحلة البلوغ المبكر ، والموجود في مجموعة متنوعة من السياقات ، لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الفصامية الذين يفتقرون إلى الرغبة في العلاقة الحميمة ، ويبدو أنهم غير مبالين لفرص تطوير تلك العلاقات الوثيقة (A1) . وهم يفضلون قضاء الوقت مع أنفسهم ، بدلا من أن يتشاركوا مع

أشـخاص آخـرين . وهـم غالبـاً مـا يكونـوا منعـزلين اجتماعيـا ، ودائمـا – تقريبـا – ما يختاروا الأنشطة أو الهوايات الانفرادية التي لا تتضمن التفاعـل مـع الآخـرين (A2) . وهـم يفـضلون الألعـاب الميكانيكيـة أو المهـام المجـردة ، مثـل الكمبيـوتر أو الألعـاب الرياضية .

وعـادة مـا يكـون لـديهم تجربـة مـن تخفـيض المتعـة الحـسية مـن ، الجـسدية ، أو الخبرات الشخصية ، مثل المشي على الشاطئ عند الغروب ، وهؤلاء الأفـراد لـيس لديهم أصدقاء مقربين ، باستثناء ربما ممن هم الدرجة الأولى فقط (A5) .

كما أن الأفراد الذين يعانون من اضـطراب الشخـصية الفـصامية – في كـثير مـن الأحيان – يبدو غير مبالين لنقد الآخرين لهم ، ولا يبدو أنهـم منزعجـين مـن الآخـرين . (A6)

وقد يكونوا غافلين عـن الأبعـاد الخفيـة للتفاعـل الاجتمـاعي العـادي ، وغالبـاً لا يستجيبون بشكل مناسب للمنبهات الاجتماعية / فى مقابـل إحـساسهم بعـد الكفـاءة الاجتماعية ، والسطحية .

وعادة ما يعرضوا " لطيف " عاطفي خارجي غير مرئي ، ونادرا ما يردوا بالمثـل على الإيماءات وتعبيرات الوجه ، مثل الابتسامات أو الإيماءات (A7) .

وهم نادراً ما يعرضوا مشاعر قوية مثـل الغـضب والفـرح / إلا في حـدود ضـيقة وتظهر تلك المشاعر بصورة بـاردة ، أو فى معـزل عـن الآخـرين . ومـع ذلـك ، – وفي ظروف غير عادية – قد يصبح هؤلاء الأفراد مريحين (مؤقتا) في الكشف عـن أنفـسهم ، وقد يقروا بوجود مشاعر مؤلمة ولا سيما فيما يتعلق بالتفاعلات الاجتماعية .

ويجب أن لا يتم تشخيص اضطراب الشخصية الفـصامي – بـصورة أفـضل – في حالة حدوث هذا الأسلوب مـن الـسلوك حـصريا خـلال الفـصام ، أو مـع اضـطراب الاكتئاب ثنائي القطب أو مع الاضـطراب الـذهاني ، أو طيـف التوحـد ، أو إذا كـان يعود إلى الآثـار الفـسيولوجية العـصبية (علـى سـبيل المثـال : صـرع الفـص الـصدغي) أو لآخر حالة طبية (B) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

الأفراد الذين يعانون من اضـطراب الشخـصية الفـصامي قـد يجـدون صـعوبة في التعبير عن الغضب ، حتى عند تعرضهم للاستفزاز المباشر ، مما يسهم في الانطباع بأنهم

يفتقروا إلى المشاعر العاطفة . كما يبدو -في بعض الأحيان - بأن حياتهم تسير بلا اتجاه ، وأنهم قد يظهرون " الانجراف" في أهدافهم .

وغالباً ما يتفاعل هؤلاء الأفراد بشكل سلبي مع الظروف المعاكسة ، ويجدون صعوبة في الاستجابة بشكل مناسب للأحداث الهامة في الحياة . ويرجع ذلك لافتقادهم لوجود المهارات الاجتماعية ، وعدم وجود الرغبة الجنسية .

كما يعانى الأفراد مع هذا الاضطراب مع قلة الصداقات ، وغالباً ما لا يتزوج ، كما أدائه المهني قد تنخفض قيمته ، لا سيما إذا كان مطلوبا منه المشاركة مع الأفراد الآخرين ، كما أنهم مع هذا الاضطراب قد يستمروا في ظل ظروف من العزلة الاجتماعية . وقد يواجهوا مع هذا الاضطراب حلقة ذهانية قصيرة جداً مع قد تستمر (دقائق / إلى ساعة) . وفي بعض الحالات ، كما قد يتعرضون لاضطراب الشخصية الفصامي ، والذى يسبق اضطراب الوهمية أو انفصام الشخصية .

ويعانى الأفراد مع هذا الاضطراب أحيانا مع تطوير الاضطراب الاكتئابي ، كما يتشارك اضطراب الشخصية الفصامي - في معظم الأحيان - مع الفصامية ، ومع اضطراب جنون العظمة ، واضطرابات الشخصية الانطوائية .

معدل انتشار Prevalence :

اضطراب الشخصية الفصامي غير شائع بسبب عوامل صحية : وتشير التقديرات بأن معدل انتشار الشخصية الفصامية (على أساس عينة مجتمعية) الناتج عن عملية المسح بأن معدل الانتشار يصل إلى ٤,٩ ٪ . وفقاً لبيانات عام (٢٠٠١-٢٠٠٢) أما المسح الوبائي الوطني (الأمريكى) على الكحول وما يتصل به من شروط ، قد تصل إلى معدل انتشار ٣,١ ٪ .

دورة التنمية Development and Course :

قد يكون اضطراب الشخصية الفصامي واضحاً لأول مرة في مرحلة الطفولة والمراهقة مع علاقات ضعيفة مع الأقران ، وتدني فى التحصيل المدرسى .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : قد تزداد معدلات انتشار اضطراب الشخصية الفصامي في الأقارب المصابين بالفصام أو اضطراب الشخصية فصامية .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة Culture-Related Diagnostic issues :

الأفراد عبر مجموعة متنوعة من الخلفيات الثقافية ، قد يظهروا أحيانا السلوكيات الدفاعية والأساليب التي يمكن وصفها بالخطأ بأنها " فصامية " . وعلى سبيل المثال : هؤلاء الذين انتقلوا من المناطق الريفية إلى البيئات الحضرية قد يتفاعلوا مع " التجميد العاطفي " والذى قد يستمر لعدة أشهر ، مع شيوع الأنشطة الانفرادية ، والضيق المؤثر ، والعجز في مجال التواصل مع الآخرين ، والتى ينظر إليها عن طريق الخطأ ، والبرود ، والعدائية ، أو غير مبالى .

تشخيص القضايا المتعلقة بنوع الجنس

Gender-Related Diagnostic issues :

يتم تشخيص اضطراب الشخصية الفصامي - في كثير من الأحيان - بنسب أكثر في الذكور ، والذى يمكن أن يتسبب فى مزيد من الانخفاض في القيمة الذاتية لتلك الحالات .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الأخرى مع أعراض ذهانية : اضطراب الشخصية فصامي يمكن تمييزه عن اضطراب الوهمية ، والفصام ، أو اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب مع ميزات نفسية بسبب هذه الاضطرابات ، والتى تتميز بها كل فترة أعراض ذهانية ثابتة (على سبيل المثال : الأوهام والهلوسة) .

ولكى يتم إعطاء تشخيص إضافي لاضطراب الشخصية الفصامي ، فيجب أن يسبقه اضطراب في الشخصية قبل ظهور الأعراض الذهانية ، ويجب أن تستمر هذه الأعراض الذهانية عند الفرد الذى لديه اضطراب ذهاني ثابت (على سبيل المثال : الفصام) الذي يسبقه اضطراب في الشخصية الفصامية ، واضطراب الشخصية الفصامي وينبغي أيضاً أن يكون مسجلاً ، تليها " سابق للمرض " بين قوسين .

اضطراب طيف التوحد : وقد تكون هناك صعوبة في التفريق الكبير بين الأفراد مع اضطراب في الشخصية الفصامية / عنه مع من يعانون من أشكال خفيفة من اضطراب طيف التوحد ، والذى قد يكون مترافقاً بضعف شديد فى التفاعل الاجتماعي.

التغير في الشخصيه بسبب حالة طبية أخرى : يجب تمييز اضطراب الشخصية الفصامي عن التغير في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى ، وذلك في الأعراض التي يمكن أن تُعزى إلى ظهور آثار حالة طبية أخرى فى الجهاز العصبي المركزي .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : يجب التمييز بين اضطراب الشخصية الفصامي من الأعراض التي قد تتطور بالتعاون مع تعاطي المخدرات المستمرة .

اضطرابات الشخصية الأخرى ، وسمات الشخصية : قد تكون اضطرابات الشخصية الأخرى ، تمثل خلط بينها وبين اضطراب الشخصية الفصامي ، رغم وجود بعض الخصائص المشتركة . وبالتالي ، فمن المهم أن نميز بين هذه الاضطرابات على أساس الاختلافات في خصائصها المميزة .

ومع ذلك ، إذا كان الفرد لديه مميزات فى الشخصية تلبي معايير واحدة أو أكثر من اضطرابات الشخصية ، بالإضافة إلى اضطراب الشخصية فصامي ، والتى يمكن تشخيصها .

وعلى الرغم من خصائص من العزلة الاجتماعية ، والمرتبط بالوجدان المحدود الشائع لدى الفصامي ، واضطرابات الشخصية بجنون العظمة ، واضطراب الشخصية الفصامي/ والتى يمكن تمييزها عن اضطراب الشخصية الفصامية بسبب عدم وجود تشوهات معرفية وإدراكية مع اضطراب في الشخصية بجنون العظمة بسبب عدم وجود ارتياب وتفكير بجنون العظمة .

العزلة الاجتماعية لاضطراب الشخصية الفصامية يمكن تمييزه عن اضطراب الشخصية الانطوائية ، والذي قد يعزى إلى الخوف من الترقب وعدم الكفاية المفرطة بالحرج أو بالرفض / وفي المقابل ، فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الفصامي ، فلديها أكثر معدلات الانتشار مع رغبة محدودة للألفة الاجتماعية .

الأفراد مع اضطراب الشخصية فى الوسواس القهري قد يظهروا أيضاً مفرزة الاجتماعية واضحة نابعة من الإخلاص للعمل وعدم الراحة مع العواطف ، ولكن لديهم القدرة الكامنة للعلاقة الحميمة .

أما الأفراد " المنعزلون " قد يعرضوا سمات الشخصية التي يمكن النظر فيها للفصامي ، وذلك عندما تكون هذه الصفات هي غير مرنة وغير قادرة على التأقلم ، أو بسبب ضعف أو ضيق شخصي وظيفي هام ، لكنه لا يشكل اضطرباً في الشخصية الفصامية .

اضطراب الشخصية الفصامية Schizotypal Personality Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F21) :

A. أسلوب الإفلات من العجز الاجتماعي والشخصية التي تتميز بالانزعاج الحاد مع انخفاض القدرة على ، بناء علاقات وثيقة وكذلك المصحوب بالتشوهات المعرفية أو الإدراكية ، مع غرابة أطوار السلوك ، والتى قد تبدأ قبل سن البلوغ المبكر والحالي / عبر مجموعة متنوعة من السياقات ، كما يتبين من خمسة (أو أكثر) من التالي : -

١. أفكار المرجع (باستثناء أوهام المرجع) .
٢. معتقدات غريبة أو التفكير السحري الذي يؤثر السلوك غير المتناسق مع المعايير والثقافات الفرعية (على سبيل المثال : الخرافة ، والاعتقاد في الاستبصار ، والتخاطر ، أو "الحاسة السادسة" : في الأطفال والمراهقين ، والأوهام غريبة أو الانشغالات الأخرى) .
٣. تجارب الإدراك الحسي غير العادي ، بما في ذلك الأوهام الجسدية .
٤. التفكير الغريب والكلام (على سبيل المثال : الغامضة ، الظرفية ، المجازية ، الأسلوب الملتوى) .
٥. ارتياب أو التفكير بجنون العظمة .
٦. الضيق المؤثر غير الملائمة .
٧. السلوك أو المظهر غريب الأطوار .
٨. انعدام الأصدقاء ، أو الأقارب المقربين من الدرجة الأولى أو غير المقربين .

٩. القلق الاجتماعي المفرط الذي يقل مع الألفة والذى يميل إلى أن يكون مرتبطاً مع وجود مخاوف بجنون العظمة ، بدلا من الأحكام السلبية عن الذات .

B . لا يحدث سير الفصام حصرا أثناء الاضطراب الثنائي القطب أو اضطراب الاكتئاب مع ميزات نفسية ، أو مع اضطراب ذهاني آخر ، أو مع اضطراب لطيف التوحد .

ملاحظة : إذا تم استيفاء المعايير قبل بدء الفصام ، يضاف كلمة "سابق للمرض ،"على سبيل المثال : "اضطراب فصامي في الشخصية (سابق للمرض) ."

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب الشخصية الفصامية : هو أسلوب من التفشي الاجتماعي وعجز الشخصية التي تميزت بالانزعاج الحاد مع انخفاض القدرة على إقامة علاقات وثيقة فضلا عن التشوهات وغرابة أطوار السلوك المعرفي أو الإدراكي .

وهذا الأسلوب يبدأ مرحلة البلوغ المبكر ، ويوجد في مجموعة متنوعة من السياقات ، أما الأفراد مع اضطراب الشخصية الفصامية في كثير من الأحيان فلديهم أفكار مرجعية (أي غير صحيحة لتفسيرات الحوادث العارضة والأحداث الخارجية بوجود معين ومعنى غير عادي / وعلى وجه التحديد بالنسبة للشخص الفصامى) (A1)) . وينبغي التمييز بين الأوهام المرجعية ، (حيث يقوم الشخص الفصانى بعقد المعتقدات الوهمية مع الاقتناع) .

قد يكون هؤلاء الأفراد مشغولون بالخرافية أو مع الظواهر الخارقة التي تتم خارج قواعد ثقافية فرعية وفقاً (للمعيار A2) . وقد يشعر – الفصاميون – بأن لديهم صلاحيات خاصة لاستشعار الأحداث قبل وقوعها أو لقراءة أفكار الأخرين . وقد يعتقدون بأن لديهم السيطرة السحرية على الآخرين ، والتي يمكن تنفيذها مباشرة (على سبيل المثال : الاعتقاد بأنهم مراقبين من الأجهزة الأمنية على مدار الساعة) أو بشكل غير مباشر من خلال الطقوس السحرية الامتثال (على سبيل المثال : المشي المحدد بعدد ثلاث مرات لتجنب نتائج ضارة معينة ، لا وجود لها) .

قد تكون التغييرات الإدراكية الحالية (على سبيل المثال ، الاستشعار عن بعد بأن شخصا آخر هو الحالي أو سماع صوت اسمه /أو اسمها) (A3) . ويمكن أن تشمل الكلام غير العادي أو الصياغة البناءة . والتي غالباً ما تكون فضفاضة ، أو غامضة ، ولكن من دون انحراف الفعلي أو تنافر (A4) .

ويمكن أن تكون تلك الاستجابات ملموسة بشكل مفرط ، ويتم تطبيقها بشكل مفرط أو مجرد ، أو مع كلمات أو مفاهيم تتم أحيانا بطرق غير عادية (على سبيل المثال : الفرد قد لا يتذكر(أنه /أو أنها) لم يكن "talkable" في العمل) .

أما الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب فغالباً ما يكونوا مشبوهين ، وربما يرتبط ذلك بأفكار جنون العظمة (على سبيل المثال : الاعتقاد بأن زملاءهم في العمل عازمون على تقويض سمعتهم) (A5) .

وغالباً ما تظهر هذه التفاعلات مع الآخرين بطريقة غير مناسبة ، وقاسية ، أو مصحوبة بضيق (A6) . وهؤلاء الأفراد غالباً ما يعتبرون غريبي الأطوار بسبب تلك السلوكيات الشاذة غير العادية ، والتي تتم في كثير من الأحيان بطريقة غير مهذبة من اللباس الذي غير المتجانس " مع بعضه البعض " ، مع عدم الاهتمام بالأعراف الاجتماعية المعتادة (على سبيل المثال : الفرد قد تجنب الاتصال بالعين ، وارتداء الملابس الغير المناسبة ، وقد يكونوا غير قادرين على الانضمام في الأخذ والعطاء والمزاح من زملاء العمل) (المعيارA7) .

وعلى الرغم من أن تلك السلوكيات قد تعبر عن عدم الرضا نتيجة افتقارها للعلاقات السوية ، والتي تشير لسلوك منخفض من الرغبة في الاتصالات الحميمة .

ونتيجة لذلك ، فإنهم عادة ما يكون لديهم إلا عدد قليل من الأصدقاء المقربين ، أو حتى من أقرباء لدرجة الأولى (A8) . وهم حريصين في المواقف الاجتماعية ، ولا سيما تلك التي تنطوي على التقارب مع الناس غير المألوفين لديهم (A9) . كما أنهم يفتقدون التفاعل مع الأفراد الآخرين ، كما أنهم يفضلون أن يتمحوروا حول الذات - لأنهم يشعرون بأنهم مختلفون عن الآخرين .

كما أنهم يميلوا إلى الارتياب بشأن دوافع الآخرين ، على سبيل المثال : عند حضور حفل عشاء ، سوف تضطرب شخصية الفرد الفصامي ، ولن يكون أكثر

استرخاء مع مرور الوقت ، بل قد يظهر على نحو متزايد سلوكيات متوترة ، أو مشبوهة .

كما يجب أن لا يتم تشخيص اضطراب الشخصية فصامية في حالة حدوث هذا الأسلوب من السلوك حصريا خلال اضطراب الفصام ، أو مع اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب أو مع ميزات نفسية ،أو مع اضطراب ذهاني آخر ، أو مع اضطراب طيف التوحد (المعيارB) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

الأفراد مع اضطراب الشخصية الفصامية غالباً ما يسعوا إلى العلاج الذى يرتبط بأعراض القلق أو الاكتئاب بدلا من التركيز على أعراض اضطراب الشخصية في حد ذاته : وخاصة في الاستجابة للإجهاد ، لدى الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ، والذين قد يواجهوا حلقات ذهانية عابرة (من دقائق إلى ساعات دائمة) ، وعلى الرغم من أنها عادة ما تكون غير كافية في المدة لتبرير التشخيص الإضافية مثل الاضطراب الذهاني الوجيز ، أو الاضطراب الفصامي الشكل .

وفي بعض الحالات ، قد قد تتطلب الأعراض الذهانية الهامة للتطوير السريري ، والذى يلبي معايير الاضطراب الذهاني الوجيز ، والاضطراب الفصامي الشكل ، واضطراب الوهمية ، أو انفصام الشخصية .

وأكثر من ٥٠ ٪ قد يكون لديهم تاريخ واحد على الأقل مع نوبة اكتئاب كبرى .

ومن ٣٠ إلى٥٠ ٪ من الأفراد تم تشخيص هذا الاضطراب لديهم بالاضطراب الاكتئابي المتزامن مع الإعدادات السريرية . وهناك حدوث مشاركة كبيرة مع اضطرابات الشخصية الفصامية ، مع جنون العظمة ، والانطوائية ، واضطراب الشريط الحدودي .

معدل انتشار Prevalence :

نتيجة للدراسات المجتمعية لاضطراب الشخصية فصامية ، تتراوح معدلات الانتشار من ٠,٦ ٪ في العينات النرويجية إلى ٤,٦ ٪ في عينة المجتمع الأمريكي .

أما معـدل الانتـشار الفـصامي فيتـضح اضـطراب الشخـصية في الأفـراد بـصورة سريرية ثابتة ، فيصل المعدل النادر مـن (٠ -١,٩ ٪) مـع معـدل انتـشار عـالى يقـدر في عموم السكان (٣,٩٪) وقد توجد حالات وبائية نتيجة لاضـطراب الكحـول والأحكـام ذات الصلة .

دورة التنمية Development and Course :

اضطراب الشخصية فصامية - بصفة عامة - مستقر نسبياً ، مع نسبة صغيرة فقط لدى الأفراد والمستمرة لتطوير الفصام أو اضطراب ذهاني آخر . وقـد يكـون اضـطراب الشخصية الفـصامي الأول واضـحاً في مرحلـة الطفولـة والمراهقـة مـع solitariness ، علاقات ضعيفة مع الأقران ، أو مع القلق الاجتماعي ، وتدني التحصيل في المدرسـة ، وفرط الحساسية ، مع الأفكار الغريبة واللغة ، والخيالات الغريبة . وقـد يظهـر هـؤلاء الأطفال سلوكيات "غريبة" أو "غريبة الأطوار" .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : يظهر اضطراب الشخصية فـصامية لتجميـع أكثـر معدلات الانتشار بين الأقارب من الدرجة الأولى للأفراد المصابين بالفصام من بين عامة السكان . وقد يكون هنـاك أيـضاً زيـادة متواضـعة في الفـصام والاضـطرابات الذهانيـة الأخرى لدى الأقارب مع اضطراب الشخصية الفصامية .

قضايا تشخيص المتصلة بالثقافية Cultural-Related Diagnostic issues :

يجب أن يتم تقييم التشوهات المعرفية والإدراكية في سياق وسط الفرد الثقافي : أما خصائص معدل الانتشار فيتم تحديـدها ثقافيـا ، لا سـيما تلـك المتعلقـة بالمعتقـدات ، ويمكن أن يبدو الفصامي مثل التي يتسم بها الجاهـل (علـى سـبيل المثـال : قـراءة عقـول الآخرين ، والحاسة السادسة ، المعتقدات السحرية المتصلة بالصحة والمرض) .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين
Gender-Related Diagnostic Issues :

قد يكون اضطراب الشخصية الفصامية أكثر شيوعاً قليلا في الذكور .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الأخرى مع أعراض ذهانية : اضطراب الشخصية الفصامية يمكن تمييزها عن اضطراب الوهمية ، والفصام ، والاكتئاب ثنائي القطب أو الاضطراب الذهاني مع ميزات لهذه الاضطرابات تتميز بها كل فترة من أعراض ذهانية ثابتة (على سبيل المثال : الأوهام والهلوسة) .

ولكى يتم إعطاء تشخيص إضافي لاضطراب الشخصية الفصامية ، فيجب أن يكون اضطراب الشخصية موجودا قبل ظهور الأعراض الذهانية ، والتى تستمر مع الأعراض الذهانية / في العفو والصفح .

وقد يكون لدى الفرد اضطراب ذهاني ثابت (على سبيل المثال : الفصام) الذي يسبقه اضطراب الشخصية الفصامية ، كما ينبغي تسجيل اضطراب الشخصية الفصامية ، تليها "سابق للمرض" بين قوسين .

الاضطرابات العصبية النمائية : قد تكون هناك صعوبة كبيرة في التفريق بين الأطفال مع اضطراب الشخصية الفصامية مع مجموعة غير متجانسة من العزلة ، كما يتميز الأطفال بالعزلة والانحراف الاجتماعي الملحوظ ، أو مع خصائص سلوكيت التشخيصات اللغوية ، والتي من المحتمل أن تشمل أشكالاً أكثر اعتدالاً من اضطراب مرض طيف التوحد ، أو مع اضطرابات تواصل اللغة .

أما اضطرابات التواصل فيجوز أن يكون متمايزاً حسب أسبقية وشدة الاضطراب في اللغة والسمة ، أو السمات الضعيفة فى لغة الفصامى ، والتي يتم بها التقييم التشخيصى لتلك الحالات .

يتم التمييز بين الأشكال الأكثر اعتدالا من اضطراب طيف التوحد بسبب عدم وجود أعراض من الانحرافات الاجتماعية ، مع الوعي العاطفي والمعاملة بالمثل والسلوكيات الأسلوبية ، أما التغير في الشخصيه بسبب حالة طبية أخرى ، فإنه يجب تمييز اضطراب الشخصية الفصامية عن التغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى ، والذى يمكن أن يعزى إلى ظهور آثار حالة طبية أخرى الجهاز العصبي المركزي .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : يجب التمييز بينها وبين اضطراب الشخصية الفصامية من الأعراض التي قد تتطور بالتعاون مع تعاطي المخدرات المستمرة .

اضطرابات الشخصية الأخرى : اضطرابات الشخصية الأخرى قد يتم الخلط بينها وبين اضطراب الشخصية الفصامية ، وبين بعض المميزات المشتركة . ومن المهم أن نميز بين هذه الاضطرابات على أساس الاختلافات في خصائصها المميزة .

ومع ذلك ، إذا كان الفرد لديه سمات شخصية تلبي المعايير الواحدة أو أكثر اضطرابات الشخصية بالإضافة إلى اضطراب الشخصية الفصامية ، وعلى الرغم من اضطرابات الشخصية بجنون العظمة واضطرابات الفصامي ، والذى يمكن أيضاً أن يتميز بالمفرزة الاجتماعية والمؤثرة على الاضطرابات الفصامية ، واضطراب الشخصية والذى يمكن تمييزها عن هذه التشخيصات لاثنين من وجود التشوهات المعرفية أو الإدراك الحسي والانحراف الملحوظ أو الغرابة .

أما العلاقات الوثيقة فتقتصر في كل من اضطراب الشخصية فصامية ، واضطراب الشخصية الانطوائية؛ ومع ذلك ، فإن مضطربى الشخصية الانطوائية / قد يرغبون فى ممارسة أنشطة العلاقات غير المقيدة بالخوف والرفض ، في حين أنه في اضطراب الشخصية الفصامية لا توجد رغبة في الإندماج فى العلاقات الاجتماعية والثابتة .

كما أن الأفراد مع الاضطراب النرجسي في الشخصية أيضاً عرضه للإرتياب ، والانسحاب الاجتماعي ، أو الاغتراب ، كما يستمد اضطراب الشخصية النرجسية مع هذه الصفات - في المقام الأول - من المخاوف أو من وجود عيوب كاشفة .

وقد تكون تلك الأعراض الذهانية - عابرة - مع الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية ، والتى عادة ما تكون أكثر ارتباطا بالتحولات العاطفية في الاستجابة للإجهاد (على سبيل المثال : الغضب الشديد ، والقلق وخيبة الأمل) وقد تكون عادة أكثر فصامية - Over - (على سبيل المثال : الغربة عن الواقع ، تبدد الشخصية) . في المقابل ، فإن الأفراد مع اضطراب الشخصية الفصامية هم أكثر 'عرضة لأعراض دائمة مثل الذهانية التي قد تتفاقم تحت الضغط / ولكنهم أقل عرضة لتترافق دائما وبوضوح مع الأعراض العاطفية .

وعلى الرغم من العزلة الاجتماعية التى قد تحدث في اضطراب الشخصية الحدية ، فإنه عادة ما يكون عرض ثانوي للإخفاقات المتكررة بين الأشخاص بسبب نوبات الغضب وتحول المزاج المتكرر ، وذلك بدلا من أن يكون نتيجة لاستمرار الاتصالات الاجتماعية والرغبة فى الألفة .

وعلاوة على ذلك ، فإن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب في الشخصية فصامية لا يدللوا عادة على سلوكيات التسرع أو المتلاعبة لدى الفرد مع الشريط الحدودي لاضطراب الشخصية . ومع ذلك ، فهناك نسبة عالية من التعاون بين حدوث اثنين من الاضطرابات ، بحيث يجعل هذا التمييز غير ممكن بصورة دائمة ، والذى يترافق مع ميزات فصامية خلال فترة المراهقة ، وقد تكون تعبيراً عن الاضطراب العاطفي العابر ، وليس مع اضطراب الشخصية الدائم .

الفئة الثانية لاضطرابات الشخصية Cluster B Personality Disorders :

اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع Antisocial Personality Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F60.2) :

A . أسلوب منتشر من عدم احترام وانتهاك حقوق الآخرين ، والتي تحدث منذ سن ١٥ عاما ، كما يتبين من ثلاثة (أو أكثر) من التالي : -

١.عدم الامتثال للقواعد الاجتماعية فيما يتعلق بالسلوكيات المشروعة ، كما يتبين من أداء الأفعال المتكررة المتعلقة بالاضطراب .

٢. غرور ، كما يتبين من الكذب المتكرر ، واستخدام الأسماء المستعارة ، أو بفقدان المتعة الشخصية .

٣. الاندفاع أو الفشل في التخطيط للمستقبل .

٤. التهيج والعدوانية ، كما يتبين من المعارك أو الاعتداءات الجسدية المتكررة .

٥. التجاهل المتهور لسلامة النفس أو الآخرين .

٦. اللامسؤولية المتسقة ، كما يتبين من الفشل المتكرر للحفاظ على العمل المتسق أو الوفاء بالسلوكيات وبالإلتزامات المالية .

٧. عدم الندم ، كما هو مبين من خلال كونه غير مبـال نحـو مخـاطر وجـود الأذى ، وسوء المعاملة ، وغيرها .

B . أن يكون الفرد على الأقل فى سن ١٨ عاما .

C . هناك أدلة من اضطراب السلوك مع بداية قبل سن ١٥ عاما .

D . حـدوث الـسلوك المعـادي للمجتمـع - لا يحـدث حـصراً - أثنـاء سـير الفـصام أو الاضطراب الثنائي القطب .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع : وهو أسلوب شائع من التجاهل ، وانتهاك ، حقوق الآخرين والتي تبدأ في مرحلة الطفولـة أو المراهقـة المبكـرة ويستمر في مرحلة البلوغ . كمـا تم الإشـارة إلى هـذا الأسـلوب العقلـي مثـل الاعـتلال الاجتماعي ، أو اضطراب الشخصية الاجتماعية المختلة . مع الخداع والتلاعـب ، مـع ميزات مركزية مع اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، وقد يكون ذلـك مـن المفيـد وخاصة لدمج المعلومات المكتسبة من التقييم السريري المنهجي / مع المعلومـات الـتي تم جمعها من مصادر مضمونة أخرى .

ويمكن لهذا التشخيص أن يتخذ / إلا أن يكون الفرد قد وصل إلى ما لا يقـل عـن سن ١٨ عاما (B) ويجب أن يكون لديه تاريخ من بعض أعراض اضطراب السلوك قبـل سن ١٥ عاما (C) . مثل اضطراب السلوك الذى ينطوي على أسـلوب متكـرر ومـستمر المنتهك للحقوق الأساس للآخرين أو يختلف عن المعايير المناسبة للفئة العمرية المجتمعية أو القواعد العامة للسلوك .

السلوكيات المحددة ، من سمات اضطراب الـسلوك تقـع في واحـدة مـن أربـع فئات : - العدوان على الناس والحيوانات ، وتدمير الممتلكات ، والخداع أو الـسرقة ، أو انتهاكا خطيراً للقواعد .

أسلوب الـسلوك المعـادي للمجتمـع يُـشخص للفـرد الـذى لا يـزال في مرحلـة البلوغ : أما اضطراب الشخصية للأفراد فى السلوك المعادي للمجتمـع ، والـتى لا تتفـق مع المعايير الاجتماعية فيما يتعلق بالسلوكيات المشروعة (1) . وقد يؤدون بشكل متكـرر

أفعالا قد تسبب الاعتقال (سواء يتم القبض عليهم أم لا) ، مثل تدمير الممتلكات ، ومضايقة الآخرين ، والسرقة ، أو السعي لمهن غير قانونية .

كما أن الأشخاص الذين يعانون من هذا الاضطراب ، قد يتجاهلوا رغبات وحقوق ومشاعر الآخرين . وهم - في كثير من الأحيان - مخادعين ومتلاعبين من أجل تحقيق مكاسب شخصية ربحية أو ممتعة (على سبيل المثال : للحصول على المال ، أو الجنس ، أو السلطة) (A2) .

وقد يكذبوا مرارا وتكرارا ، مع استخدام اسم مستعار، يخدع الآخرين ، أو بالتمارض ، وقد يتجلى هذا الأسلوب بالاندفاع ، والفشل من التخطيط للمستقبل .

كما يتم - مع تلك الحالات - اتخاذ القرارات ارتجالا ، دون التدبر ودون النظر للعواقب المترتبة بذلك (A3) ، وهذا قد يؤدي إلى تغيرات مفاجئة لكل من الوظائف والمساكن أو العلاقات .

أما الأفراد مع الاضطراب المعادي للمجتمع في الشخصية فيميلوا إلى أن يكونوا سرعى الانفعال والعدوانية ، وربما ينخرطوا بشكل متكرر في العراك الجسدي أو ارتكاب أعمال عدوانية مثل الاعتداء الجسدي (بما في ذلك ضرب (الزوج / الزوجة) أو الأطفال) (A4) .

كما قد تكون (الأفعال العدوانية مطلوبة للدفاع عن النفس أو عن شخص آخر ، ولا تعتبر دليلا على هذا البند) كما إن هؤلاء الأفراد عرضة كذلك للسلوكيات المتهورة ، مع تجاهل سلامة أنفسهم ، أو غيرهم (A5) .

وقد يتضح ذلك في سلوك القيادة الخاصة بهم (أي السرعة المتكررة ، والقيادة وهم في حالة سكر ، بما ينتج عنه حوادث متعددة) .

وقد ينخرطون في سلوك جنسي أو استخدام المادة التي لديها مخاطر عالية من العواقب الضارة : وقد تهمل أو يفشلوا فى رعاية أطفالهم بالطريقة التي تعرض الأطفال للخطر .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع فيميلوا إلى أن يتصرفوا بطريقة غير مسؤولة للغاية (A6) . ويجوز أن يظهروا كذلك على السلوك غير

المسؤول من قبل التعرض لفترات من البطالة على الرغم من فرص العمل المتاحة ، أو عن طريق التخلي عن عدة وظائف دون خطة واقعية للحصول على وظيفة أخرى .

وقد يكون هناك أيضاً أسلوب من الغياب المتكرر عن العمل الذي لم يتم تفسيره من خلال المرض إما في حد ذاته أو من أسرهم . ويشار إلى اللامسؤولية المالية من خلال أعمال مثل التخلف عن الديون ، وعدم توفير دعم الطفل .

كما أن الأفراد مع اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع لا يظهرون الندم إلا قليلا عن عواقب أفعالهم (A7) . ويمكن أن يكونوا غير مبالين ، أو سطحيين ، بما يصب في التسويف بسوء المعاملة ، أو سرقة شخص آخر (على سبيل المثال : " مع أحكام غير عادلة " . وهؤلاء الأفراد قد يلوموا الضحية لكونه أحمق ، وعاجز ، أو يستحق ذلك ، بل قد يقللوا عواقب أفعالهم الضارة ،أو أنها قد تشير ببساطة إلى تجاهلها بصورة تامة ، كما يجب ألا يحدث السلوك المعادي للمجتمع حصرا أثناء سير الفصام أو الاضطراب الثنائي القطب (D) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع يفتقروا في كثير من الأحيان إلى التعاطف ويميلوا إلى أن يكونوا قاسيين ، أوساخرين ، بالتوازى مع ازدراء مشاعر وحقوق ومعاناة الآخرين . هم قد يكون تقييم الذات المتضخمة والغطرسة (على سبيل المثال : أن العمل العادي لهم أو يفتقر إلى القلق والواقعية / وهو بعيد عن مشاكلهم الحالية أو المستقبلية الخاصة بهم) ، وربما يعبروا عن رأيهم بشكل مفرط ، مع حالة من الثقة ، أو الغرور . وقد يكونوا سطحيين ، ويمكن أن يكونوا فصيحين جداً وسطحيين لفظيا فى ذات الوقت (على سبيل المثال : مع استخدام المصطلحات التقنية ، أو الألفاظ التي قد تقنع شخص آخر غير مستغرق مع هذا الموضوع) .

كما يتصف مضطربى الشخصية بانعدام التعاطف ، وتقييم تضخم الذات ، والسطحية ، وهي المميزات التي تم تضمينها وفقاً لمفاهيم الاضطرابات العقلية التقليدية ، والتى عادة ما تكون مميزة وخاصة للاضطرابات التنبؤية / فى العودة إلى

السجن أو إعدادات الطب الشرعي ، والجنايات ، والجانحين ، أو الأعمال العدوانية والتى يحتمل أن تكون غير محددة .

كما يسهم اعتماد الأطفال على الجيران أو غير المقيمين من الأقارب ، فى الغذاء أو توفير المأوى ، والفشل في اتخاذ الترتيبات اللازمة لتصريف الأعمال لهولاء الأطفال الصغار ، عندما يكونوا بعيداً عن المنزل ، أو الإهدار المتكرر من المال المطلوب للضروريات الأساس .

وهؤلاء الأفراد قد يفشلوا فى الاكتفاء الذاتى ، وقد يتحولوا إلى أشخاص بلا مأوى ، أو قد يقضوا سنوات عديدة في المؤسسات العقابية . كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، هم أكثر عرضة من الناس - من عموم السكان - للموت قبل الأوان بوسائل عنيفة (على سبيل المثال : الانتحار ، والحوادث ، وجرائم القتل) .

يمكن للأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع أيضاً تجربة : الانزعاج ، بما في ذلك شكاوى من التوتر ، وعدم القدرة على تحمل الملل ، والمزاج المكتئب . وقد يرتبط معهم اضطرابات القلق ، واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات تعاطي المخدرات ، واضطراب الأعراض الجسدية ، واضطراب القمار ، وغيرها من الاضطرابات المسيطرة على الانفعالات .

وقد يلبي الأفراد مع اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع أيضاً - في كثير من الأحيان - معايير لاضطرابات الشخصية الأخرى ، وخاصة اضطرابات الشخصية النرجسية ، واحتمال اضطراب تطوير الشخصية المعادي للمجتمع ، والذى يزداد مع بداية الطفولة من ذوي الخبرة الفردية لاضطراب السلوك (قبل سن ١٠ سنة) والذى يرافق اضطراب الانتباه .

أما إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم ، غير المستقر أو غير المنتظم ، أو انضباط الوالدين غير المتناسق ، مما قد يزيد من احتمال اضطراب السلوك ، والذى سوف يتطور إلى اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

معدل الانتشار Prevalence :

يصل معدل الانتشار إلى اثني عشر شهراً من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، وذلك باستخدام المعايير السابقة من DSM ، وتصل النسبة إلى ما بين ٠,٢٪ و٣,٣ ٪ .

أما أعلى معدل انتشار اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع (لأكبر من ٧٠ ٪) وهذا الاضطراب هو من بين الأكثر العينات الشديدة من الذكور الذين يعانون من اضطراب تعاطي الكحول ، ومن عيادات تعاطي المخدرات والسجون والطب الشرعي أو إعدادات أخرى . أما معدل الانتشار فهو أعلى في العينات التي تتأثر بالسلبية الاجتماعية والاقتصادية (أي الفقر) أو عوامل الاجتماعية الثقافية (أي ، الهجرة) .

دورة التنمية Development and Course :

اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ذو سير مزمن ، ولكن قد يصبح أقل وضوحا ، وفقاً لنمو عمر الفرد ، ولا سيما فى العقد الرابع من العمر . وعلى الرغم من أن هذا العفو والصفح يميل إلى أن يكون واضحا بشكل خاص فيما يتعلق بالانخراط في السلوك الإجرامي ، كما لا يمكن تشخيص اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع قبل سن ١٨ عاما .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع هو الأكثر شيوعاً بين الأقارب البيولوجيين من الدرجة الأولى ، عن غيرهم من أولئك الذين لديهم اضطراب مما كانت عليه في عموم السكان .

أما المخاطر التي يتعرض لها الأقارب البيولوجيين من الإناث والذكور المصابين مع هذا الاضطراب فهم في خطر متزايد لاضطراب الأعراض الجسدية واستخدام مادة الاضطرابات .

أما الذكور – في كثير من الأحيان – يكون لديهم اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، ومن اضطرابات تعاطي المخدرات ، في حين أن الإناث – في كثير من

الأحيان - يكون لديهن اضطراب الأعراض الجسدية . ومع ذلك ، ففي مثل هذه العائلات ، هناك زيادة في معدل انتشار كل هذه الاضطرابات في كل من الذكور والإناث مقارنة مع عموم السكان .

وتشير الدراسات أن كلا من العوامل الوراثية والبيئية تساهم فى زيادة خطر الإصابة باضطراب الشخصية المعادية للمجتمع . سواء والتى اعتمدت من الآباء والأمهات الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع / وعلى زيادة خطر الإصابة اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، ومع اضطراب الأعراض الجسدية .

جوهر استخدام الاضطرابات : الأطفال الذين تم تبنيهم بعيدا عن بيئة والديهم / أكثر من الآباء بالتبني ، فى ظهور خطر الإصابة باضطراب الشخصية ، والاضطراب النفسي ذات الصلة .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة Culture-Related Diagnostic issues :

يرتبط اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع بالوضع الاجتماعي والاقتصادي المنخفض والمناطق الحضرية . وقد أثيرت مخاوف من أن هذا التشخيص - في بعض الأحيان - والذى قد يسيئ للأفراد في الإعدادات التي قد تسهم فى إنتاج السلوك المعادية للمجتمع ، لذا يجب على الطبيب بأن ينظر - من خلال التشخيص - في السياق الاجتماعي والاقتصادي الذي يحدث تلك السلوكيات .

تشخيص القضايا المتعلقة بنوع الجنس
: Gender-Related Diagnostic issues

اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع هو أكثر شيوعاً في الذكور أكثر من الإناث : هناك لديه كان بعض القلق من أن اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يمكن أن يتم من الإناث ، لا سيما من التركيز على العناصر العدوانية في تعريف اضطراب السلوك .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

لا يتم إعطاء تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع للأفراد الذين تقل أعمارهم عن ١٨ سنة ، ولا يُعطى تشخيص له إلا إذا كان هناك تاريخ من بعض أعراض اضطراب السلوك قبل العمر ١٥ عاما . أما الأفراد الأكبر من سن ١٨ عاماً ، كما لا يتم تشخيص اضطراب السلوك / إلا إذا لم يستوف بعض معايير اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : عندما يرتبط إضطراب السلوك المعادي للمجتمع لشخص بالغ مع اضطراب تعاطي المخدرات ، ولا يتم تشخيص اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع إلا إذا ظهرت علامات اضطراب في الشخصية المعادية للمجتمع وتقديم تاريخ سابق في مرحلة الطفولة والمستمر في مرحلة البلوغ . وذلك منذ بدء تعاطي المخدرات مع السلوك المعادي للمجتمع ، وذلك على حد سواء في مرحلة الطفولة والمستمرة في مرحلة البلوغ ، وينبغي تشخيص اضطراب تعاطي المخدرات / واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع إذا تم استيفاء معايير كليهما ، على الرغم من بعض الاضطرابات المعادية للمجتمع قد تكون أفعالاً نتيجة لاضطراب تعاطي المخدرات (على سبيل المثال : البيع غير المشروع للمخدرات ، والسرقات للحصول على المال لشراء المخدرات) .

الفصام واضطرابات القطبين : السلوك المعادي للمجتمع الذي يحدث بصورة حصرية لا يجب أن يتم تشخيصه أثناء مسار الفصام أو الاضطراب الثنائي القطب المعادي للمجتمع .

اضطرابات الشخصية الأخرى : قد يتم الخلط بين اضطرابات الشخصية الأخرى / مع اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، نظراً لوجود بعض الخصائص المشتركة بينهما . وبالتالي فإنه من المهم أولاً التمييز بين هذه الاضطرابات على أساس الاختلافات في السمات المميزه بكل منهما . إلا إذا كان الفرد لديه سمات شخصية تلبي معايير واحدة ، وعندها يمكن تشخيصها وفقاً لاضطراب الشخصية المعادي للمجتمع .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، واضطراب الشخصية النرجسية فيميلون (كصفات مشتركة) إلى أن يعانوا من : صعوبة في التفكير ، سطحيين ، استغلاليين ، ويفتقروا إلى التعاطف .

ومع ذلك ، فإن اضطراب الشخصية النرجسية لا يشمل خصائص الاندفاع ، العدوان ، والخداع ، بالإضافة إلى ذلك ، يمكن للأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، بأن يكونوا محتاجين للإعجاب من الآخرين (كل سلوك مختل يراد به جذب الانتباه) .

كما يفتقر الأشخاص من ذوي اضطراب الشخصية النرجسية - عادة - إلى التاريخ المرضى من اضطرابات السلوك في الطفولة أو مع السلوك الجنائي في مرحلة البلوغ . كما يميل الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، بالتسرع ، والسطحية ، والسعى للإثارة ، والتهور ، والتلاعب .

أما الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية الهستيرية فيميلو إلى أن يكونوا أكثر مبالغة في مشاعرهم وعدم الانخراط بشكل مميز في السلوكيات المعادية للمجتمع .

كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات شخصية متكلفة ، فيلجئون إلى التلاعب للحصول على الحنو ، كما أن الأفراد مع اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع يميلون إلى أن يكونوا غير مستقرين عاطفيا ، وأكثر عدوانية من تلك التي تتضح فى اضطراب الشخصية الحدية .

وعلى الرغم من السلوك المعادي للمجتمع قد يكون موجوداً مع بعض الأفراد الذين يعانون من اضطراب في الشخصية بجنون العظمة ، والذى يتم عادة بالرغبة فى تحقيق مكاسب شخصية أو مع استغلال الآخرين ، وذلك كما هو الحال في اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، والذى ُيعزى في كثير من الأحيان إلى الرغبة في الانتقام .

السلوك الإجرامي غير المرتبط باضطراب في الشخصية : يجب التمييز بين الشخصية المعادية للمجتمع ، وبين اضطراب السلوك الإجرامي الذى يسعى لتحقيق مكاسب غير مقترنه مع السمات المميزة لاضطراب الشخصية . والذى يحدث فقط وفقاً لسمات الشخصية المعادية للمجتمع غير المرنة ، وغير القادرة على التأقلم ، والتى تسبب ضعف وظيفي هام ، أو ضيق شخصي / إلا أنها لا تشكل اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع .

اضطراب الشخصية الحدية Borderline Personality Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F60.3) :

وثمة أسلوب منتشر من عدم الاستقرار في العلاقات الشخصية ، والصورة الذاتية ، والذى يتميز بالاندفاع ، ابتداء من قبل مرحلة البلوغ المبكر والحالي / عبر مجموعة متنوعة من السياقات ، كما يتبين من خمسة (أو أكثر) من التالي : -

١.جهود محمومة لتجنب التخلي عن التفرقة / بين ما هو حقيقي أو متوهم : (ملاحظة : لا تشمل إيذاء النفس أو سلوك تشويه الذات المشمولة في المعيار الخامس) .

٢. ثمة أسلوب من العلاقات الشخصية غير المستقرة والمكثفة ، والتى تتميز بالتناوب بين النقيضين من التمجيد/ وتخفيض قيمة الذات .

٣. اضطراب الهوية : بشكل ملحوظ وغير المستقرة والمستمرة حول صورة الذات أو الشعور بالذات .

٤. الاندفاع في اثنين على الأقل من المجالات التي يمكن أن تكون ضارة للذات : (على سبيل المثال : الإنفاق ، والجنس ، تعاطي المخدرات ، والقيادة المتهورة ، والشراهة عند تناول الطعام) . (ملاحظة : لا تشمل انتحارية السلوك المشمولة في المعيار الخامس) .

٥. السلوك الانتحاري المتكرر (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) ، والإيماءات ، أو التهديدات ، أو سلوك تشويه الذات .

٦. عدم الاستقرار العاطفي نتيجة للتفاعل ملحوظ من المزاج (على سبيل المثال : انزعاج عرضي مكثف ، التهيج ، أو القلق والذى لا يستغرق عادة سوى بضع ساعات ، ونادرا لأكثر من بضعة أيام) .

٧. مشاعر مزمنة من الفراغ .

٨. ، غضب الشديد غير مبرر ، أو صعوبة فى السيطرة على الغضب (على سبيل المثال : عروض متكررة للمزاج والغضب المستمر) .

٩. حلقات عابرة ، مرتبطة بالتوتر ، والتفكير بجنون العظمة أو الفصامي الشديد .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب الشخصية الحدية : هو الأسلوب الشائع من عدم استقرار العلاقات بين الأشخاص ، مع اضطراب الصورة الذاتية ، والمؤثره فى الاندفاع الذي يبدأ قبل سن البلوغ المبكر ، والذى يوجد عبر مجموعة متنوعة من السياقات .

كما يبذل الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية جهوداً محمومة لتجنب الحقيقية أو التخلي عن ما يتصوره .

(١) . تصور الانفصال الوشيك أو الرفض ، أو فقدان الهيكل الخارجي ، والذى يمكن أن يؤدي إلى تغييرات عميقة في الصورة الذاتية ، والمؤثرة ، فى الإدراك ، أو السلوك .

وهؤلاء الأفراد أكثر حساسية لظروف المخاطر البيئية ، كما أنهم قد يظهروا تجربة مع مخاوف التخلي المكثف ، والغضب غير المناسب (على سبيل المثال اليأس المفاجئ في رد الفعل الغاضب على الطبيب الذي قد يتأخر لبضع دقائق ، أو حين يجب إلغاء الموعد لتأخر الوقت فى العيادة) .

وتتسم هذه المخاوف بأنها ذات الصلة بالتعصب ، والحاجة إلى وجود أشخاص آخرين معهم ، ويمكن أن تشمل الجهود الرامية التسرع المحموم في اتخاذ إجراءات مثل تشويه الذات أو مع سلوكيات الانتحار ، والتي يتم وصفها بشكل منفصل في المعيار الخامس لهذا الاضطراب ، الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية ، فيتسموا بأسلوب غير مستقر من العلاقات المكثفة .

(٢) . يمكن أن يقدم مقدمي الرعاية (الأسرة / الخدمات المجتمعية) إلى بذل الكثير من الوقت مع مضطربى الشخصية الحدية، وتقاسم التفاصيل الأكثر حميمية في العلاقة المبكرة معهم .

ومع ذلك ، فإنهم يميلون إلى تمجيد أشخاص آخرين ، بهدف تخفيض قيمتهم الذاتية ، ويمكن لهؤلاء الأفراد التعاطف مع الآخرين ورعايتهم ، ولكن فقط مع توقع أن الشخص الآخر سوف"يعود" إلى تلبية احتياجاتهم الخاصة عند الطلب .

وهؤلاء الأفراد عرضة لتحولات مفاجئة وهائلة في حياتهم مع الآخرين ، وغالباً ما تعكس هذه التحولات خيبة الأمل من مقدمي الرعاية الذين قد يتوقعوا التخلي عنهم . وقد يكون هناك اضطراب الهوية التي تتميز بشكل ملحوظ وغير مستقر باستمرار نحو صورة الذات أو الشعور بالذات .

(٣) . هناك تحولات مفاجئة وهائلة في صورة الذات ، والتى تتميز بتحويل الأهداف والقيم والتطلعات المهنية ، وقد تكون هناك تغيرات مفاجئة في الآراء والخطط

الوظيفية ، والهوية الجنسية ، والقيم ، وأنواع الأصدقاء ، وقد تحدث تغيرات مفاجئة من هؤلاء الأفراد نحو الأفراد المحتاجين لمساعدتهم ، وعلى الرغم من أنهم عادة ما يكون لهم صورة ذاتية قد تستند على أن تكون سيئة أو شريرة ، وقد يعاني الأفراد من هذا الاضطراب ، وقد يظهروا - في بعض الأحيان - المشاعر التي لم تكن موجودة لديهم من قبل . ومثل هذه التجارب عادة ما تحدث في الحالات التي يشعر فيها الفرد بعدم وجود علاقة ذات مغزى ، كما قد يظهر هؤلاء الأفراد أداء أسوأ غير منظم في العمل أو المدرسة .

(٤) . قد كانت مقامرة ، إنفاق المال بطريقة غير مسؤولة ، الشراهة عند تناول الطعام ، والمواد الإساءة ، والانخراط في ممارسة الجنس غير الآمن ، أو قيادة بتهور . الأفراد مع هذا العرض اضطراب السلوك الانتحاري المتكررة ، والإيماءات ، أو تهديدات ، أو تشويه الذات السلوك .

(٥) . يحدث الانتحار جراء هذا الاضطراب بنسب ٨-١٠ ٪ من هؤلاء الأفراد ، من الأفعال الذاتية (على سبيل المثال : قطع أو حرق) والتهديدات الانتحارية .

وعادة ما تعجل هذه الأعمال التدمير الذاتي من خلال تهديدات الانفصال أو الرفض ، أو من توقعات الفرد ، والتي ترتبط بتشويه الذات ، والذى قد يحدث خلال التجارب الفصامية والذى كثيراً ما يجلب لهم الإغاثة من الآخرين بإعادة تأكيد القدرة على إحساسه بذاته .

كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية قد يعرضوا عدم الاستقرار العاطفي الذى يرجع إلى تفاعل ملحوظ من المزاج (على سبيل المثال : الانزعاج العرضي المكثف ، والتهيج ، أو القلق الذى عادة ما يستغرق بضع ساعات ، ونادرا ما يكون أكثر من بضعة أيام) .

(٦) . وكثيراً ما يتعطل المزاج الأساس لذوي اضطراب الشخصية الحدية ، ونادرا ما يشمل فترات من الغضب ، والذعر ، أو اليأس ، أو فترات من الرضا ، وقد تعكس هذه الحلقات التفاعل المدقع فى الضغوط الشخصية للفرد . وقد تضطرب المشاعر المزمنة للأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية ، كما أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب - في كثير من الأحيان - قد يعبروا

بشكل غير مناسب عن الغضب الشديد أو لديهم صعوبة فى السيطرة على غضبهم .

(٨) . وقد تكشف السخرية الشديدة عن المرارة ، أو بنوبات لفظية متفجرة . وكثيراً ما تثير موجات من الغضب ، ومثل هذه التعبيرات عن الغضب غالباً ما يليها الإحساس بالعار والشعور بالذنب . وخلال فترات من التوتر الشديد ، ومن التفكير المذعور العابر، أو الأعراض الفصامية (على سبيل المثال : تبدد الشخصية) والذى قد يحدث ، ولكن هذه الأعراض - عادة - ما تكون غير كافية أو شديدة لتبرير التشخيص الإضافي . وتميل هذه الأعراض إلى أن تكون دقيقة وعابرة ، وعادة ما تستغرق لمدة ساعات . وقد تؤدى عودة الرعاية ، والحنو الحقيقي أو المتصور إلى العفو والصفح من الأعراض .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية قد يكون لهم أسلوب بتقويض أنفسهم في لحظة ما مما هو على وشك أن يتحقق (على سبيل المثال : التسرب من المدرسة ؛ تدمير علاقة جيدة حتى عندما يكون من الواضح لتلك العلاقة بأن تستمر) .

وقد يطور بعض الأفراد أعراض مثل الذهانية (على سبيل المثال : الهلوسة ، وتشوهات صورة الجسم ، والأفكار المرجعية ، والظواهر تنويمية) أثناء أوقات التوتر .

كما أن الأفراد مع هذا الاضطراب قد يشعرون بأمان أكثر مع الكائنات الأخرى (مثل حيوان أليف) وقد تحدث الوفاة المبكرة بسبب الانتحار في الأفراد مع هذا الاضطراب ، لا سيما في تلك التي تحدث مع اضطرابات الاكتئاب أو اضطرابات نتيجة استخدام مادة .

أما الإعاقات الجسدية فقد تنجم عن سلوكيات تعاطي المخدرات ، أو مع فشل محاولات الانتحار ، أو مع فقدان الوظائف المتكررة ، وتوقف التعليم ، والانفصال أو الطلاق الشائع ، أو الإيذاء البدني والجنسي ، والصراع المعادية ، كما تُعد وفاة الوالدين الخسارة الأكثر شيوعاً في تاريخ الطفولة لذوي اضطراب الشخصية الحدية .

وتشمل الاضطرابات الأكثر شيوعاً ، والتي تحدث بصورة مشاركة كل من : اضطرابات الاكتئاب والهوس الاكتئابي ، واضطرابات استخدام مادة ، واضطرابات الأكل (لا سيما الشره المرضي العصبي) ، واضطراب إجهاد ما بعد الصدمة ، واضطراب الشخصية الحدودية ، والذى كثيراً ما يحدث بصورة مشتركة مع اضطرابات الشخصية الأخرى .

معدل انتشار Prevalence :

يقدر معدل انتشار اضطراب الشخصية الحدية لتكون بنسبة ١,٦ ٪ ولكن قد تكون مرتفعة عند مستوى ٥,٩ ٪ . أما معدل انتشار اضطراب الشخصية الحدية في مراكز الرعاية الأولية فيصل إلى حوالي ٦ ٪ ، وحوالي ١٠ ٪ بين الأفراد في العيادات الخارجية النفسية ، وتصل النسبة فى العيادات الصحية إلى حوالي ٢٠ ٪ من المرضى المنومين النفسيين . وأخيراً فإن معدل انتشار الشريط الحدودي قد يقلل اضطراب الشخصية الحدية في الفئات العمرية الأكبر سنا .

دورة التنمية Development and Course :

هناك تفاوتا كبيراً في مسار اضطراب الشخصية الحدية : ويتمثل الأسلوب الشائع الأكثر بعدم الاستقرار المزمن في مرحلة البلوغ في وقت مبكر ، مع حلقات عاطفي خطيرة dyscontrol تتميز بالتسرع وارتفاع مستويات استخدام الموارد الصحية والصحة النفسية .

أما انخفاض القيمة مع الفوضى وخطر الانتحار ، فهي الأكبر في سنوات الشباب والبالغين والذى يتضاءل تدريجيا مع التقدم في السن . وعلى الرغم من أن الاتجاه نحو العواطف المكثفة والاندفاع ، مع كثافة في العلاقات - في كثير من الأحيان - والتى قد تستمر مدى الحياة ، وقد يستمر الأفراد الذين ينخرطون في التدخل العلاجي ، والذين غالباً ما يظهرون تحسنا بداية في وقت ما خلال السنة الأولى من التدخل العلاجى . خلال عمر (٣٠-٤٠ سنة) ، والغالبية العظمى من الأفراد مع هذا الاضطراب ، قد يحققوا قدرا أكبر من الاستقرار في علاقاتهم وعملهم المهني .

وتشير الدراسات أنه بعد حوالي١٠ أعوام من علاج الأفراد فى العيادات الخارجية وعيادات الصحة النفسية ، فإن ما يصل الى نصف هؤلاء الأفراد لم يعد لديهم أسلوب من السلوك التي يلبي المعايير الكاملة لاضطراب الشخصية الحدية .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر الجينية والفسيولوجية : اضطراب الشخصية الحدية يرتبط بحوالي خمس مرات أكثر من الاحتمالات المشتركة بين الأقارب البيولوجيين من الدرجة الأولى ، عنه من أولئك الذين لديهم اضطراب في عموم السكان . وهناك أيضاً زيادة فى الخطر العائلي لاضطرابات تعاطي المخدرات ، فى اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، واضطراب الاكتئاب أو اضطرابات القطبين .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية
Culture-Related Diagnostic Issues :

وقد تم التعرف على أسلوب من السلوك شوهد مع اضطراب الشخصية الحدية في العديد من الأعراض فى جميع أنحاء العالم . ويعانى المراهقين وصغار البالغين من مشاكل الهوية (وخاصة عندما تكون مصحوبة بتعاطي المخدرات) وقد تعرض عبر سلوكيات مضللة ، قد تعطي الانطباع باضطراب الشخصية الحدية . وتتميز مثل هذه الحالات من قبل عدم الاستقرار العاطفي ، وعدم اليقين ، والخيارات المثيرة للقلق والنزاعات حول التوجه الجنسي ، والضغوط الاجتماعية يتمثل فى عدم القدرة على اتخاذ قرار بشأن نوعية العمل .

تشخيص القضايا المتعلقة بنوع الجنس
Gender-Related Diagnostic issues :

يتم تشخيص اضطراب الشخصية الحدية في الغالب (بحوالي ٧٥ ٪) في الإناث .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاكتئاب واضطرابات القطبين : اضطراب الشخصية الحدية غالباً ما يحدث بصورة مشتركة مع اضطرابات الاكتئاب أو الهوس الاكتئابي ، وعندما يتم استيفاء معايير لكليهما يمكن عندها تشخيص كليهما . لأنه لا يمكن تشخيص أعراض اضطراب

الشخصية الحدية، بصورة أفضل من خلال حلقة من الاكتئاب أو الهوس الاكتئابي ، وينبغي على الطبيب تجنب إعطاء تشخيص إضافي لاضطراب الشخصية الحدية التى تستند فقط على العلامات العرضية دون توثيق البداية المبكرة/ والمدى الزمنى الطويل للأسلوب السلوكى .

اضطرابات الشخصية الأخرى : قد يتم الخلط بين اضطرابات الشخصية الأخرى مع الشريط الحدودي لاضطراب الشخصية مع الذين لديهم بعض الخصائص المشتركة . وبالتالي فإنه من المهم أن يتم التمييز بين هذه الاضطرابات على أساس الاختلافات في السمات الخاصة بهم . ومع ذلك ، إذا كان هناك فرد لديه سمات شخصية تلبي معايير غير مكتملة ، فيمكن تشخيصها باضطرابات الشخصية ، بالإضافة إلى اضطراب الشخصية الحدية .

ويتميز اضطراب الشخصية الحدية التدميرية الذاتية بإثارة الاضطرابات الغاضبة مع من هم ذوى العلاقات الوثيقة ، مع مشاعر مزمنة من الفراغ العميق والشعور بالوحدة . وقد تكون الأفكار بجنون العظمة أو الأوهام موجودة في كل الشريط الحدودي لاضطراب الشخصية ، واضطراب الشخصية فصامية ، ولكن هذه الأعراض قد تكون عابرة ، كما أن رد فعل هؤلاء الأشخاص ، قد يستجيب للهيكلة الخارجية في الشريط الحدودي لاضطراب الشخصية .

وعلى الرغم من أن اضطراب الشخصية بجنون العظمة والنرجسية يمكن أيضاً أن يتضح من خلال رد فعل غاضب للمؤثرات الطفيفة ، إضافة إلى ضعف الاستقرار النسبي للصورة الذاتية ، فضلا عن النقص النسبي في السلوكيات التدميرية الذاتية والاندفاع ، ومخاوف الإنفصال ، وهو ما يميز اضطرابات الشخصية الحدية .

وعلى الرغم من أن (اضطراب في الشخصية المعادي للمجتمع واضطراب الشخصية الحدية) كلاهما يتميز السلوك المراوغ ، ويتميز اضطراب الشخصية يرتبط مع بعض أعراض اضطراب الشخصية الحدودي مثل الخوف من الهجر (الانفصال / الطلاق) ، ولكن الفرد مع اضطراب الشخصية الحدية يتفاعل مع الهجر مع مشاعر من الفراغ العاطفي ، والغضب .

في حين أن الفرد مع اضطراب الشخصية يتفاعل مع زيادة المهادنة والاستكانة والسعى العاجل إلى إعادة العلاقة (الزوجية حصراً) لتوفير تقديم الرعاية والدعم

النفسى . يمكن أن يتم تمييز اضطراب الشخصية الحدية / عن اضطراب الشخصية والتى تعتمد أسلوب من العلاقات المكثفة غير المستقرة .

تغير في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى : اضطراب الشخصية الحدية يجب تمييزه عن تغير في شخصيته بسبب حالة طبية أخرى ، في الأعراض التي يمكن أن تعزى إلى ظهور آثار حالة طبية أخرى فى الجهاز العصبي المركزي .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : يجب التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية من الأعراض التي قد تتطور بالتعاون مع تعاطي المخدرات المستمرة .

مشاكل الهوية : ينبغي التمييز بين اضطراب الشخصية الحدية / من مشكلة اضطراب الهوية ، والمحفوفة بقلق الهوية التى تتعلق بالمرحلة التنموية (على سبيل المثال : المراهقة) ولا يمكن وصفها بأنها اضطراب عقلي .

اضطراب الشخصية الهستيري Histrionic Personality Disorder :

معايير التشخيص **Diagnostic Criteria (F60.4)** :

ثمة أسلوب من الانفعالية المفرطة المتفشية والاهتمام الذى يبدأ من قبل البلوغ المبكر والحاضر في مجموعة متنوعة من السياقات ، كما يتبين من خمسة (أو أكثر) من التالي : -

١. غير مريح في الحالات التي كان (هو / أو هي) فى غير مركز الانتباه .
٢. غالباً ما يتميز بالتفاعل مع الآخرين بطريق غير ملائم ، مع سلوك استفزازي.
٣. متغير بسرعة وتعبيره ضحل من العواطف .
٤. يستخدم المظهر الجسدي باستمرار للفت الانتباه إلى الذات .
٥. لديه أسلوب فى الكلام ، بشكل مفرط ويفتقر إلى التفاصيل .
٦. يظهر هستيربة الذات ، والهستيرية ، والتعبير المبالغ فيه من العاطفة .
٧. الإيحاء (أي يتأثر بسهولة من قبل الآخرين أو الظروف) .
٨. يعبر عن العلاقات لتكون أكثر حميمية مما هي عليه في الواقع .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة الأساس من سمات اضطراب الشخصية الهستيرية هـو الانفعاليـة المفرطـة المتفشية وسلوك تماس الاهتمام . ويبدأ هذا الأسلوب فى سن البلوغ المبكر والموجود عبر مجموعة متنوعة من السياقات .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخـصية الهـستيرية ، فهـم يبـدون غـير مريحيين أو الشعور بأنهم غير مقدرين (غير موقرين) عندما لا يكونوا فى مركز الانتبـاه ، كما يتسموا بظهور أعراض سلوكية ، والتى من أهمها ما يلى :

(١) . يميلوا – في كثير من الأحيان – إلى لفت الانتباه إلى أنفسهم وربما في البدايـة ، قـد يـسحرون بالإقبـال علـى المعـارف الجديـدة بحكـم – حالـة – الحمـاس والانفتـاح الواضح . وقد يفتعلوا الصفات رقيقـة ، ولكـن هـؤلاء الأفـراد مطـالبين باسـتمرار ليكونوا مركزاً للاهتمام ، وإذا لم يكونوا في مركز الاهتمام ، فإنهم قـد يفعلـوا شـيئا دراماتيكياً (على سبيل المثال : اختراع قصص ، أو صنع مشهد غير حقيقـى) بهـدف توجيه تركيز الانتباه إلى أنفسهم .

وهذه الحاجة غالباً ما تكون واضحة في سلوكهم مع الطبيب (على سـبيل المثـال : يجري الإغراء ، وبذلك الهدايا ، وتوفير الأوصاف المثيرة من الأعراض البدنية والنفسية التي يتم استبدال أعراضها مع كل زيارة جديـدة) . أمـا مظهـر وسـلوك هـؤلاء الأفـراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ، فغالباً ما يكون غير لائق ، ومثير جنسيا أو مغر .

(٢) . ولا يعد هذا السلوك موجه فقط نحو الأشخاص ومنهم من لديه الاهتمام الجنسي أو الرومانسية ولكنه يحدث أيضاً من خلال تشكيلة واسعة من العلاقات الاجتماعيـة والمهنية ، والمهنية ، وغير المناسب للسياق الاجتمـاعى ، تتـصف هـذه الـسلوكيات بالتعبير العاطفي بالضحالة والتقلب السريع .

(٣) . الأفراد يعانون من هذا الاضـطراب باسـتخدام المظهـر المـادي لجـذب الانتبـاه إلى أنفسهم .

(٤) . الشعور بالقلق بشكل مفرط ، من إعجاب الآخرين من خلال المظهـر ، وإنفـاق كمية زائدة من الوقت والطاقة ، والمال على الملابس بهدف الاستمالة . ويمكن إبـداء الغضب المفرط بسهولة من قبل الحرج حول كيف تبـدو صـورتهم لـدى الآخـرين ،

وهو ما يعتبرونه جوهر الشخصية لديهم ، ولهؤلاء الأفراد أسلوب من الخطاب الانطباعي (الذاتى) بشكل مفرط والذى يفتقر إلى التفاصيل .

(٥) . تتسم هذه الفئة بالتعبير عن الآراء القوية بصورة مثيرة ، ولكن الأسباب الأساس عادة ما تكون غامضة ومنتشرة ، دون دعم بالحقائق والتفاصيل . على سبيل المثال : الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الهستيري والمتعلق بفرد معين ، بعد أن يكونوا قادرين على تقديم أمثلة محددة من الصفات الجيدة لدعم هذا الرأي ، كما يتميز هؤلاء الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب الهستيرى ، فى التعبير المبالغ فيه عن العاطفة .

(٦) . هم قد يحرجوا الأصدقاء والمعارف من قبل إظهار العواطف المفرطة على الملأ (على سبيل المثال : احتضان معارفه مع الحماس المفرط ، دون حسيب ولا رقيب) . ومع ذلك ، غالباً ما يبدو بأن عواطفهم يتم تشغيلها وإيقافها بسرعة كبيرة جداً ، مما قد يؤدي إلى اتهام الآخرين لهم بأنه نوع من تزوير هذه المشاعر .

(٧) . الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الهستيري لديها درجة عالية من الإيحاء ، كما تتأثر آراؤهم ومشاعرهم بسهولة من قبل الآخرين ، وقد يكونوا مفرطين فى الثقة ، وخاصة مع رموز السلطة القوية الذين يرون أنها سحرية لحل مشاكلهم . كما أن لديهم ميل لاعتماد القناعات بسرعة .

وقد يعانى هؤلاء الأفراد مع هذا الاضطراب - غالباً - فيما ينظر من علاقات حميمية أكثر مما هي عليه في الواقع ، واصفا كل معارفه تقريبا كما " يا عزيزي / صديقي العزيز" أو مشيرا إلى الأطباء الذين التقى بهم مرة واحدة فقط أو مرتين في ظل الظروف المهنية ، بمخاطبتهم بأسمائهم الأولى المجردة دون ألقاب .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الهستيري قد يجدون صعوبة في تحقيق الألفة العاطفية في العلاقات العاطفية أو الجنسية . ويتم ذلك دون أن يكونوا على بينة من ذلك ، وهم غالباً ما يتصرفون خارج الدور (على سبيل المثال : "الضحية" أو الأميرة) في علاقاتهم مع الآخرين .

وقد يسعون إلى السيطرة على الزوج من خلال التلاعب العاطفي أو الغواية على مستوى واحد ، كما أن هؤلاء الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب - في كثير من الأحيان - ما يظهرون ضعفاً فى علاقاتهم مع الأصدقاء من نفس الجنس، لأن الشخصية الخاصة بهم مثيرة جنسيا، وإلى قد يبدو- فى نظر دليل DSM-5 كأسلوب يهدد علاقاتهم مع أصدقائهم .

ويجوز لهؤلاء الأفراد أيضاً تنفير الأصدقاء منهم ، نظراً لمطالب الاهتمام المستمر بهم . وهم غالباً ما يعانوا بالاكتئاب والانزعاج عندما لا يكونوا في مركز الاهتمام . لذا فهم يسعون إليه التجديد ، والتحفيز ، والإثارة ، ويميلوا إلى أن يشعرون بالملل مع روتين حياتهم المعتاد .

وغالباً ما يكون هؤلاء الأفراد غير متسامحين ، مع مشاعر بالإحباط ، وقد تنطوى الحالات تنطوي على تأجيل الإشباع ، والذى غالباً ما يوجه أفعالهم في الحصول على الرضا الفوري . وعلى الرغم من أنهم غالباً ما يشرعون فى وظيفة أو مشروع بحماس كبير ، فقد تخلف مصلحتهم بسرعة . كما تتميز علاقاتهم - على المدى الطويل - بأن تكون مهملة لإفساح الطريق لإثارة علاقات جديدة .

مخاطر الانتحار الفعلي غير معروفة : ولكنها قد تشير إلى تجربة سريرية للأفراد مع هذا الاضطراب ، وهم في خطر متزايد للأفكار الانتحارية (إزهاق النفس بالباطل المحرم شرعاً) مع التهديدات المستمرة للحصول على الاهتمام والحصول بالإكراه على أفضل رعاية من المحيطين بهم .

كما يرتبط اضطراب الشخصية الهستيري مع معدلات أعلى من اضطراب الأعراض الجسدية ، واضطراب التحويل (واضطراب أعراض العصبي الوظيفى) ، والاضطراب الاكتئابي . والشريط الحدودي ، والنرجسي ، والمعادي للمجتمع ، واضطرابات الشخصية التي تحدث في كثير من الأحيان بصورة مشاركة .

معدل انتشار Prevalence :

بيانات من المسح الوبائي الوطني (الأمريكى) ٢٠٠١-٢٠٠٢ عن استخدام الكحول والأحكام ذات الصلة تشير إلى أن معدل انتشار الشخصية المتكلفة يصل إلى ١,٨٤ ٪ .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية

: Culture-Related Diagnostic Issues

قواعد السلوك الشخصية ، والمظهر الشخصي ، والقدرة على التعبير العاطفي تختلف على نطاق واسع عبر الثقافات والأجناس ، والفئات العمرية . وذلك من قبل النظر في مختلف الصفات (على سبيل المثال : الانفعالية ، الغواية ، وأسلوب التعامل المثير مع الآخرين ، والمؤانسة ، والميل إلى الجسدنة) ليكون دليلا على شخصية متكلفة مع الاضطراب ، ومن المهم تقييم ما إذا كانت تسبب ضعف أو محنة سريرية هامة ، أم لا .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين

: Gender-Related Diagnostic Issues

تم تشخيص هذا الاضطراب الأكثر شيوعاً في الإناث ، ومع ذلك ، فإن نسبة الجنس قد لا تختلف كثيراً عن نسبة الجنس لدى الإناث فى الإعداد السريري . وفي المقابل ، فإن بعض الدراسات قامت باستخدام تقييم منظم ، وقدمت تقريرا بوجود معدل انتشار مماثل للمعدلات بين الذكور والإناث .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

قد يتم الخلط بين كل من : اضطرابات الشخصية الأخرى ، وسمات الشخصية . اضطرابات الشخصية الأخرى ، وبين اضطراب الشخصية الهستيري لأن لديهم بعض المميزات المشتركة بينهم جميعاً .

ولذلك فمن المهم أن نميز بين هذه الاضطرابات على أساس الاختلافات في خصائصها المميزة ، ومع ذلك ، إذا كان الفرد لديه سمات الشخصية التي تلبي معايير واحدة أو أكثر من اضطرابات الشخصية بالإضافة إلى اضطراب الشخصية المتكلفة ، فيمكن تشخيصهم جميعاً .

وعلى الرغم من أن اضطراب الشخصية الحدية يمكن أيضاً أن يتميز باهتمام توسعى ، من إظهار السلوك المراوغ ، والعواطف المتغيرة بسرعة ، كما يتميز التدميرية الذاتية ، وبالاضطرابات الغاضبة في علاقاته الوثيقة ، مع مشاعر مزمنة من الفراغ العميق واضطراب الهوية .

أما الأفراد مع اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، مع حصة من اضطراب الشخصية ، فهم يميلون إلى أن يكونوا متهورين ، مع سطحية الإثارة المتهور ، والاغراء ، والتلاعب .

ولكن الأشخاص من ذوي اضطراب الشخصية الهستيري فيميلوا إلى أن يكونوا أكثر مبالغة في عواطفهم والانخراط في السلوكيات المعادية للمجتمع بشكل مميز . كما يتميز الأفراد مع اضطراب الشخصية المتكلفة بالتلاعب للحصول على هذا الحنو ، في حين أن أولئك الذين لديهم اضطراب شخصية معادية للمجتمع يتلاعبون لتحقيق ربح ، أو إشباع بعض المواد الأخرى .

ورغم أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية النرجسية أيضاً يسعون إلي جذب الاهتمام من الآخرين ، إلا أنهم يريدون عادة الثناء " التفوق " في حين الأفراد مع اضطراب الشخصية المتكلفة على استعداد لاعتماد الدور الفعال في الحصول على الاهتمام . كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية النرجسية قد يبالغوا في العلاقة الحميمة من علاقاتهم مع الآخرين ، ولكن هم أكثر عرضة للتأكيد على وضع "VIP"/ شخصية مهمة جداً / مع أصدقائهم .

ويعتمد هؤلاء الأفراد مع اضطراب في الشخصية ، - بشكل مفرط على الآخرين - في توجيه الثناء ، ولكن من غير الملتهب ، أو المبالغ فيه ، مع ميزات عاطفية للأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الهستيري .

كما أن العديد من الأفراد قد يعرضوا سمات من الشخصية بصورة تمثيلية (مصتنعه) . وذلك فقط عندما تكون هذه الصفات غير مرنة ، وغير قادرة على التأقلم ، ومستمرة بسبب اضطراب وظيفي كبير أو استغاثة شخصية ، والتى لا تشكل اضطراب الشخصية الهستيري .

تغير في الشخصيه بسبب حالة طبية أخرى : اضطراب الشخصية الهستيري يجب تمييزه عن تغير في شخصيته بسبب حالة طبية أخرى ، في الصفات التي يمكن أن تُعزى إلى ظهور آثار حالة طبية أخرى فى الجهاز العصبي المركزي مثلاً .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : والتى يجب التمييز بينها ، وبين الاضطراب الأخرى التى تُعزى بالتداخل مع تعاطي المخدرات المستمر .

اضطراب الشخصية النرجسية Narcissistic Personality Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F60.81) :

ثمة أسلوب من الإحساس بالعظمة (في الخيال أو السلوك) ، والحاجة إلى الإعجاب ، والذين يفتقرون إلى التعاطف ، والذى يبدأ قبل مرحلة البلوغ المبكر ، والحالي عبر مجموعة متنوعة من السياقات ، كما هو مبين من خمسة (أو أكثر) من التالي :-

١. لديه شعور متكلفا (عالياً) من أهمية الذات (على سبيل المثال : يبالغ ف الإنجازات والمواهب ، ويتوقع أن يعترف به كشخص متفوقاً دون تحقيق إنجازات مناسبة) .
٢. مشغول مع الأوهام ومن النجاح غير المحدود والقوة والذكاء ، والجمال ، والمثالية .
٣. يعتقد أنه (هو / أو هي) " حالة خاصة وفريده من نوعها " ولا يمكن فهمها من قبل الآخرين ، أو يجب اقترانه ، بغيره من الناس خاصة من الفئات العالية ، والوضع المميز (المؤسسات مثلاً) .
٤. يتطلب الإعجاب المفرط .
٥. لديه شعور بالاستحقاق (أي توقعات غير معقولة ، خاصة بالعلاج ، أو الامتثال التلقائي مع توقعاته (له/ أو لها) .
٦. استغلاله للآخرين (أي يستفيد من الآخرين لتحقيق ما يصبو إليه) .
٧. يفتقر إلى التعاطف ، وغير مستعد للاعتراف بالتعاطف مع مشاعر واحتياجات الآخرين .
٨. غالباً ما يغار من الآخرين أو يعتقد أن الآخرين هم يغار منه (له / أو لها) .
٩. يظهر سلوكيات أو مواقف متعجرفة ومتغطرسة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

السمة الأساس من سمات اضطراب الشخصية النرجسية هو أسلوب شائع من الإحساس بالعظمة ، والحاجة إلى الإعجاب ، وعدم التعاطف ، والذي يبدأ قبل سن

البلوغ المبكر ويوجد عبر مجموعة متنوعة من السياقات ، كما أن هـؤلاء الأفـراد الـذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم شعوراً متكلفا من أهمية الذات .

(١) . هم عادة ما يبالغون فى قدراتهم وتضخيم إنجازاتهم ، وغالباً مـا يظهـروا التـبجح والرفض . قد يتـصفوا بـاللا مبـالاة نحـو الآخـرين ، وربمـا لا يفـاجئوا بالثنـاء مـن الآخرين / والـذين يتوقعـون ويـشعرون أنهـم يـستحقونه . وضـمنياً - في كـثير مـن الأحيان - ما تصدر عنهم أحكـام مبـالغ فيهـا مـن الإنجـازات الخاصـة بهـم ، كمـا يستهينوا بمـساهمات الآخـرين . وغالبـاً مـا ينشغل هـؤلاء الأفـراد (مـع اضـطراب الشخصية النرجـسية) مـع الأوهـام مـن النجـاح غـير المحـدود والقـوة والـذكاء ، والجمال ، أو الحب المثالي .

(٢) . ويمكن أن يجتروا الإعجـاب والامتيـاز ، ومقارنـة أنفـسهم إيجابيـا مـع أشـخاص مشهورين أو مميزين، وغالباً مـا يعـانى هـؤلاء الأفـراد - مـع اضـطراب الشخـصية النرجسية - بالاعتقاد بـأنهم متفوقـون بـصفة خاصـة ، أو توقـع أنهـم فريـدين مـن نوعهم ، ويجب على غيرهم الاعتراف بهم على هذا النحو .

(٣) . قد يشعرون أنهم لا يمكن فهمهم إلا من قبل فئة الناس الآخرين ، والذين هم من الخاصة أو من المكانة العالية وأن سماتهم قد تكون " فريدة من نوعه ومثاليـة " والـتى توازى "صفات الموهوبين" .

ويعتقد الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب بأن احتياجاتهم الخاصـة تختلـف عن احتياجات الناس العاديين . ومما يعزز الخاصة لديهم بهم احترام الـذات (المعكـوس) من القيمة المثالية التى لا تستند على سليم ، وكذلك فإن الأفراد الذين يعانون مـن هـذا الاضطراب - عموما - ينشدون طلب الإعجاب المفرط .

(٤) . احترام الذات لديهم - دائما تقريبا - هشاً للغاية : وقد يكونوا مشغولين بترقـب أثر المدى الحسن لما يفعلونه، وكيف أنها تعتبر إيجابية مـن قبـل الآخـرين . وهـم مـا يقصدون - جراء ذلك غالباً - شكل الحاجـة لعنايـة مـستمرة ولاسـتثارة الإعجـاب بهم . وقد يشعر بالدهشة إذا كان الآخرون لا يطمعوا فى ممتلكاتهم . وهم متمسكون باستمرار مع المجاملات ، وغالباً ما تتم مـع سـحر عظـيم ، وشـعور بالاسـتحقاق الواضح في التوقع غير المعقول من معاملة تفضيلية خاصة نتيجة لذلك .

(٥) . وهم يتوقعون أن تلبي مطالبهم ، ويتصرفون بحيرة أو غضب عندما لا يحدث ذلك ، وعلى سبيل المثال : فإنهم يفترضوا ألا يضطروا إلى الانتظار في (طابور / سيره) وأن أولوياتهم هي في غاية الأهمية أكثر من أولويات الآخرين ، والتى ينبغي تأجيلها لصالح تلك الفئات ، ومن ثم الحصول على غضب عندما يفشل الآخرين فى مساعدتهم في حياتهم . ويستمر هذا الشعور بالاستحقاق الذاتي لديهم ، جنبا إلى جنب مع عدم وجود حساسية لإرادة واحتياجات الآخرين ، مما قد يؤدي إلى الاستغلال الواعي ، أو عن غير قصد للآخرين .

(٦) . وأنهم يتوقعون كذلك أن يمنحوا ما يريدون ، أو ما يشعرون أنهم في حاجة إليه ، بغض النظر ما قد يعني للآخرين . وعلى سبيل المثال : قد يكون هؤلاء الأفراد يتوقعوا التفاني الكبير من البعض الآخر ، وقد يصل الأمر لحد إرهاقهم لهم دون اعتبار لأى يمكن أن يؤثر على حياتهم . وهم يميلون إلى تكوين الصداقات إلا أن تتعارض مع تعزيز ثقتهم بأنفسهم والتي يعتقدون أنهم يستحقونها لأنهم الأجدر بذلك .

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية النرجسية عموما لديهم نقص في التعاطف ولديهم صعوبة في التعرف على رغبات ومشاعر الآخرين .

(٧) . وهم يعتقدون بأن الآخرين يشعرون بالقلق تماما وبالمسئولية عن رفاهيتهم ، كم يميلون إلى مناقشة اهتماماتهم الخاصة في التفاصيل غير ملائمة والطويلة ، وأنهم غالباً لا يتحملون الازدراء والصبر مع الآخرين الذين يتحدثون عن مشاكلهم واهتماماتهم .

وقد يكون هؤلاء الأفراد غافلين نحو ملاحظاتهم قد تلحق بهم (على سبيل المثال : التفاخر بالصحة أمام شخص مريض) وعندما يعترفوا باحتياجات ، ورغبات ، أو بمشاعر الآخرين ، فمن المرجح - وقتها - أن ينظروا إليها باستخفاف ، وكأنها من علامات الضعف . وغالباً ما يتميز هؤلاء الأفراد مع اضطراب الشخصية النرجسية بالبرودة العاطفية ، وعدم وجود مصلحة متبادلة ، كما أنهم غالباً ما يغاروا من الآخرين / أو يعتقدون بأن الآخرين هم الذين يغارون منهم .

(٨) . ويمكن أن يحسدوا الآخرين على نجاحاتهم أو ممتلكاتهم ، والشعور بأنهم الأفضل ويستحقوا هذه الإنجازات ، والإعجاب ، أو امتيازات . وهو ما يمكن أن يقلل – بقسوة – من قيمة مساهمات الآخرين ، وبخاصة عندما يتلقى هؤلاء الأفراد الثناء على إنجازاتهم . لذا يبدو هؤلاء المضطربين متعجرفين ، ومتغطرسين لتميز سلوكيات هؤلاء الأفراد الآخرين المتميزين ؛ لذا فهم غالباً ما يعرضوا تلك المواقف بغرور ، وازدراء .

(٩) . على سبيل المثال : فإن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يشكون بعبارات خرقاء في "بوقاحة" أو " بغباء" أو إبرام تقييم طبي يختلف مع تقييم الطبيب.

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

يؤدى الضعف في تقدير الذات ، لدى الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية النرجسية إلى الحساسية والضرر من الانتقادات أو الهزيمة . وعلى الرغم من أن ذلك قد لا يبدو ظاهريا بأنها انتقادات قد تطارد هؤلاء الأفراد وربما يترك ذلك لهم الشعور بالمهانة المتدهورة الفارغة . وقد يتفاعلون مع الازدراء والغضب ، الموجه إليهم .

ومثل هذه التجارب غالباً ما تؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي أو مظهراً من التواضع الذى قد يخفي حماية إحساس الذات بالعظمة (نرجسية) . وعادة ما يعانون من ضعف العلاقات الشخصية بسبب المشاكل المستمدة من الاستحقاقات المتصورة لذاتهم ، والحاجة إلى الإعجاب ، والتجاهل النسبي لأحاسيس الآخرين . وعلى الرغم من الطموح والثقة المفرطة التى قد تؤدي إلى ارتفاع الإنجاز ، والذى قد يتعطل بسبب الأداء المتعصب من النقد أو الهزيمة .

ويمكن أن يكون الأداء المهني في بعض الأحيان منخفضاً جداً ، مما يعكس عدم الرغبة في اتخاذ الخطر مع الحالات التنافسية الأخرى . والمقترنة بالمشاعر المستمرة من الإحساس بالعار أو الذل الذى يصاحب النقد الذاتي ، والذى قد يترافق مع الانسحاب الاجتماعي ، والمزاج المكتئب ، واضطراب الاكتئاب الثابت (اكتئاب) . وفي المقابل ، قد يترافق مع فترات طويلة من الإحساس بالعظمة مع اضطراب المزاج ، والذى يرتبط

باضطراب الشخصية النرجسية ، ويرتبط أيضاً مع فقدان الشهية العصبي ، ومع اضطرابات تعاطي المخدرات (خصوصا فيما يتعلق الكوكايين) ، وقد تترافق أيضاً مع اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع ، وجنون العظمة مع اضطراب الشخصية النرجسية .

معدل انتشار Prevalence :

تقديرات معدل انتشار لاضطراب الشخصية النرجسية ، استنادا إلى تعريفات الدليل الرابع DSM-IV ، تتراوح من ٠٪ إلى ٦,٢ ٪ في عينات المجتمع .

دورة التنمية Development and Course :

قد تكون الصفات المشتركة (النرجسية) لا سيما لدى المراهقين والتى لا تشير بالضرورة بأن الفرد سوف يصادف اضطراب الشخصية النرجسية . كما قد يواجه الأفراد صعوبات اضطراب الشخصية النرجسية، خاصة في التكيف مع بداية القيود المادية والمهنية المتأصلة في مرحلة الشيخوخة .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين
: Gender-Related Diagnostic Issues

نتائج تشخيص اضطراب الشخصية النرجسية يتراوح ما بين ٥٠ -٧٥ ٪ لصالح الذكور .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطرابات الشخصية الأخرى ، وسمات الشخصية : اضطرابات الشخصية الأخرى قد يتم الخلط بينها وبين اضطراب الشخصية النرجسية ،لأن لديهم بعض المميزات المشتركة . وبالتالي ، فمن المهم أن نميز بين هذه الاضطرابات على أساس الاختلافات في خصائصها المميزة .

ومع ذلك ، إذا كان الفرد لديه سمات فى الشخصية التي تلبي معيار واحد أو أكثر من اضطرابات الشخصية ، بالإضافة إلى اضطراب الشخصية النرجسية ، فيمكن تشخيصها بصورة جماعية .

أما الميزة المفيدة للغاية في تمييز اضطراب الشخصية النرجسية ، عنها مع اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع ، فإن الشريط الحدودي ، لتلك الأنماط

التفاعلية يتسم بالقسوة ، فى حين أن العظمة تعد من سمات اضطراب الشخصية النرجسية ، أما الاستقرار النسبي لصورة الذات فيتضح فى النقص النسبي من المخاوف التدميرية الذاتية والاندفاع ، كما يتميز اضطراب الشخصية النرجسية بالتخلي عن مساعدة الآخرين .

الفخر المفرط في الإنجازات ، والنقص النسبي في العرض العاطفي ، وازدراء لحساسيات الآخرين المساعدة على تمييز اضطراب الشخصية النرجسية من تمثيلي اضطراب في الشخصية . وعلى الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من الشريط الحدودي ، التمثيلي والنرجسي قد تتطلب الكثير من الاهتمام باضطرابات الشخصية ، وتلك مع اضطراب الشخصية النرجسية التى تحتاج على وجه التحديد إلى جذب الانتباه إلى الإعجاب . أما الأفراد مع اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع ، ومع اضطرابات الشخصية النرجسية فتشترك في الميل إلى أن تكون اضطرابات ذهنية صعبة ، إضافة إلى تميزها بالسطحية ، ومع ذلك ، فإن اضطراب الشخصية النرجسية ليس بالضرورة بأن يشمل خصائص الاندفاع ، والعدوان ، والخداع .

وبالإضافة إلى ذلك ، الأفراد مع اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع قد لا يكونوا بحاجة إلى الإعجاب والحسد من الآخرين ، كما أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الشخصية النرجسية عادة ما يفتقرون إلى التاريخ المرضى لاضطراب السلوك في مرحلة الطفولة / أو حتى السلوك الإجرامي في مرحلة البلوغ .

وفي كل من اضطراب الشخصية النرجسية ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب الشخصية ، فإن الأفراد قد يعلنون الالتزام بالكمالية ، ويعتقد أن الآخرين لا يمكن أن يفعلوا أشياء مثل ذلك . وفي المقابل فإن عوامل النقد الذاتي مع اضطراب شخصية الوسواس القهري ، والأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية النرجسية / هم أكثر عرضة للاعتقاد بأنهم قد حققوا الكمال .

أما الارتياب والانسحاب الاجتماعي فهو عادة ما تميز به أولئك الذين لديهم اضطراب في الشخصية الفصامية أو المذعورة ، من ذوي اضطراب الشخصية النرجسية . وعندما تكون هذه الصفات موجودة في الأفراد مع اضطراب الشخصية النرجسية ، فإنها تستمد في المقام الأول من المخاوف من وجود عيوب كامنة أو عيوب واضحة .

العديد من الأفراد الناجحين للغاية / قد يترافقوا مع أعـراض سمـات الشخـصية التي يمكن النظر فيها النرجسية . وذلك فقط عندما تكون هذه الصفات غير مرنة ، وغير القادرة على التأقلم ، مع استمرارها مع مـسببات اضـطراب وظيفـي كـبير ، أو كـرب شخصي ، إلا أنها لا تتشكل مع اضطراب الشخصية النرجسية .

الهوس أو الهوس الخفيف : قد تظهـر سمـات العظمـة وكأنهـا جـزء مـن نوبـات الهوس ، ولكن بالتعاون مع تغير المزاج أو مع عاهـات وظيفيـة تـساعد فى التمييـز بـين حلقة اضطراب الشخصية النرجسية .

أما الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخـدرة ، فيجـب التمييـز بينـها وبـين اضطراب الشخصية النرجسية / وذلك رغم أن تلك الأعراض قد تتطـور بالتعـاون مـع تعاطي المواد المخدرة المستمرة .

الفئة الثالثة لاضطرابات الشخصية Cluster C Personality Disorders :

اضطراب الشخصية الانطوائية Avoidant Personality Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F60.6) :

وثمة أسلوب تفشي تثبيط الاجتماعية ، ومشاعر عدم كفاية ، وفـرط الحـساسية المتصلة بسلبية التقييم ، تبدأ من قبل مرحلة البلوغ المبكر ، الحالي عبر مجموعـة متنوعـة من السياقات ، كما هو مبين فى (أربعة أو أكثر) من التالي : -

١. يتجنب الأنشطة المهنية التي تنطوي على الاتصال بين الأشخاص بسبب مخـاوف مـن النقد ، الرفض ، أو الرفض .
٢. غير راغب في الانخراط مع الناس إلا مع من يحب .
٣. يظهر ضبط النفس في إطار العلاقات الحميمة بسبب الخوف من التعرض له أو فضحه والسخرية منه .
٤. مشغول مع تعرضه لانتقادات أو رفض في المواقف الاجتماعية .
٥. تحول في المواقف الشخصية الجديدة بسبب مشاعر عدم الكفاية .
٦. مشاهدة الذات كما أنه غير كفؤ اجتماعيا ، وغير جذاب شخصيا ، أو أقل شأنا من الآخرين .

٧. مترددة على نحو غير عادي لتحمل المخاطر الشخصية أو الانخراط في أي أنشطة جديدة لأنها قد تكون محرجة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب الشخصية الانطوائية هو أسلوب شائع من تثبيط المهام الاجتماعية ، مع مشاعر النقص ، وفرط الحساسية للتقييم السلبي الذي يبدأ فى مرحلة البلوغ المبكر والموجود عبر مجموعة متنوعة من السياقات ، كما أن الأفراد مع اضطراب شخصية ، ومع أنشطة العمل يميلوا إلى تجنب الانطوائية التي تنطوي على الاتصال الكبير مع الأشخاص بسبب مخاوف من الانتقادات ، أو الرفض .

(١) . يجوز رفض عروض العمل بسبب الترقيات / ومهام المسؤوليات الجديدة التى قد تؤدي إلى انتقادات من زملاء العمل ، ويتجنب هؤلاء الأفراد تكوين صداقات جديدة / إلا حين يكون على يقين من أنهم سوف يكونوا محبوبين ومقبولين دون نقد .

(٢) . تجنب اجتياز الاختبارات الصارمة التى تثبت العكس من ذلك ، والتى تجرى من أشخاص آخرين لتكون حاسمة وكاشفة .

كما يعانى هؤلاء الأفراد من هذا الاضطراب / من عدم المشاركة في الأنشطة الجماعية ما لم تكن هناك عزوض متكررة وسخية للدعم والحنو . كما أن العلاقة الحميمة بين هؤلاء الأفراد كثيراً ما تكون صعبة ، وذلك على الرغم من أنهم قادرون على إقامة علاقات حميمة عندما يكون هناك ضمان للقبول دون تمحيص .

وقد تتصرفوا مع ضبط النفس ، ويجدون صعوبة في الحديث عن أنفسهم ، أو حجب المشاعر الحميمة خوفا من التعرض ، للسخرية ، أو فضحهم .

(٣) . إنشغال الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب مع تعرضهم للانتقادات أو رفضها في المواقف الاجتماعية ، وقد يكون لديهم عتبة منخفضة بشكل ملحوظ للكشف عن مثل هذه التفاعلات .

(٤) . أنهم يميلون إلى أن يكونوا خجولين ، هادئين ، بسبب الخوف من أن أي انتباه سيتم بصورة مهينة أو يتم رفضها . وأنهم يتوقعون أنه بغض النظر عن ما يقول ، والبعض الآخر سوف يرى بأنها " خاطئة " ، وقد لا تكون شيئا على الإطلاق .

والمتـضطربين قـد يتفـاعلون بقـوة للمنبـهات الدقيقـة الـتي تـوحي بالاسـتهزاء أو السخرية . وعلى الرغم من رغبتـهم في أن يكونـوا نـشطين ومـشاركين في الحيـاة الاجتماعية ، كما أنهم يخشون من وضع رعايتهم في أيـدي الآخـرين . وقـد يحـدث تحول للأفراد مع التحول دون اضـطراب في الشخـصية الانطوائيـة في حـالات تلـك الشخصية الجديدة لأنهم يشعرون بأنهم يعانوا من انخفاض احترام الذات .

(٥) . وجود شكوك بشأن الكفاءة الاجتماعية، وخاصة في البيئـات الـتي تنطـوي علـى التفاعلات مع الغرباء،ويعتقد هؤلاء الأفـراد أنفـسهم بـأنهم قـد يكونـوا غـير كفـؤ اجتماعيا ،وغير جذاب ، أو أقل شأنا من الآخرين .

(٦) . يظهر تردد على نحو غير عـادي لاتخـاذ المخـاطر الشخـصية ، أو الانخـراط في أي أنشطة جديدة والتي قد تكون محرجة .

(٧) . هم عرضة للمبالغة في الأخطار المحتملة من الحـالات العاديـة ، وأسـلوب حيـاة محدود قد ينجم عن حاجتهم إلى اليقين والأمن ، ومـع هـذا الاضـطراب قـد يلغـي الفرد مقابلة عمل خوفا من تعرضه بالشعور بالحرج من عـدم خلـع الملابـس بـشكل مناسب ، مع أعراض جسدية هامشية أو مـشاكل أخـرى قـد تـصبح سـببا لتجنـب الأنشطة الجديدة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الانطوائية في كثير من الأحيان ، قد يتم تقييمهم مع اليقظة والتعبير بحركات تدل على سـلوك الخـوف والتـوتر ، وقـد تـثير السخرية من الآخرين .

هؤلاء الأفراد حريصون جداً حول احتمال أن تكون ردة فعلهم على الانتقـادات / تترافق مع احمرار الوجه أو البكاء . وقد توصـف مـن قبـل الآخـرين بأنهـا (خجولـة / خجول) أو "وحيدا" ، و"معزولاً" .

المشاكل الرئيسة المرتبطة بهذا الاضـطراب يحـدث في المهـام الاجتماعيـة والعمـل المهني ، وتدني احترام الـذات وفـرط الحـساسية للـرفض ، والـذى يـرتبط مـع جهـات الاتصال الشخصية المقيدة .

وقد يصبح هؤلاء الأفراد معزولين نسبياً ، وعادة ما لم يكون لديهم شبكة دعم اجتماعي كبير ، والذى يمكنهم من تجاوز الأزمات ، ويتوقوا إلى المودة والقبول ، وربما يتخيلوا العلاقات المثالية مع الآخرين .

ويمكن للسلوكيات الانطوائية أيضاً أن تؤثر سلبا على الأداء المهني لأن هؤلاء الأفراد يحاولوا تجنب أنواع من المواقف الاجتماعية ، والتي قد تكون مهمة لتلبية المطالب الأساس للعمل أو للتقدم .

الاضطرابات الأخرى التي يتم تشخيصها عادة مع اضطراب الشخصية الانطوائية تشمل اضطرابات الاكتئاب ، بين القطبين ، والقلق ، واضطراب القلق الاجتماعي وخاصة (الفوبيا الاجتماعية) . وغالباً ما يشخص اضطراب الشخصية الانطوائية مع اضطراب الشخصية ، كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الانطوائية قد يتعلقوا بهؤلاء الناس الآخرين .

كما يميل اضطراب الشخصية الانطوائية إلى أن 'يشخيص مع اضطراب الشخصية الحدية ، أو مع فئات متعددة من اضطرابات الشخصية (أي بجنون العظمة ، والشخصية الفصامية ، أو الاضطرابات الفصامية) .

معدل انتشار Prevalence :

حددت معدلات بيانات المسح الوبائية الوطنية ٢٠٠١-٢٠٠٢ عن تأثير الكحول على الأحكام ذات الصلة ، حيث تشير معدلات الانتشار إلى حوالي ٢,٤ ٪ لاضطراب الشخصية الانطوائية .

دورة التنمية Development and Course :

غالباً ما يبدأ السلوك الانطوائي في سن الرضاعة أو الطفولة مع الخجل والعزلة ، والخوف من الغرباء أو مع الأوضاع الجديدة . وعلى الرغم من الخجل في مرحلة الطفولة كمقدمة مشتركة من اضطراب الشخصية الانطوائية ، لدى معظم الأفراد ، والذى يميل إلى تبديد تدريجي مع من يتقدمون في السن .

وفي المقابل ، فإن الأفراد الذين يذهبون لتطوير اضطراب الشخصية الانطوائية قد يصبحوا خجولين وانطوائيين على نحو متزايد خلال فترة المراهقة والبلوغ المبكر ، والذى يتضح فى العلاقات الاجتماعية مع الناس الجدد ، وحتى مع ممن هم ذات أهمية خاصة لديهم . وهناك بعض الأدلة على أن لدى البالغين ، مع اضطراب الشخصية الانطوائية يميلوا إلى أن يصبحوا أقل وضوحا مع التقدم في السن . ينبغي استخدام هذا التشخيص بحذر شديد في الأطفال والمراهقين ، والذين قد يتسم هذا السلوك لديهم بالخجل والانطوائية المناسبة تنمويا .

تشخيص القضايا المتصلة بالثقافة Culture-Related Diagnostic issues :

قد يكون هناك اختلاف في الدرجة بين المجموعات الثقافية والعرقية المختلفة اعتبار من عدم ثقة بالنفس وتجنب الآخرين ، علاوة على ذلك ، فقد يكون السلوك الانطوائي يحدث نتيجة مشاكل في التثاقف الناتج عن الهجرة .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين
: Gender-Related Diagnostic Issues

اضطراب الشخصية الانطوائية يبدو أن نسبه تتساوى بين الذكور والإناث .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطرابات القلق : يبدو أن هناك قدراً كبيراً من التداخل بين الشخصية الانطوائية ، واضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) ، لدرجة أنها قد تكون تصورات بديلة من نفس الظروف أو ما شابه ذلك .

كما يمكن التمييز بين كل من اضطراب الشخصية الانطوائية / وبين الخوف من الأماكن المكشوفة ، والذى غالباً ما يتزامن .

اضطرابات الشخصية الأخرى ، وسمات الشخصية : اضطرابات الشخصية الأخرى قد يتم الخلط بينها وبين اضطراب الشخصية الانطوائية ممن لديهم بعض الخصائص المشتركة .

ومن المهم أن نميز بين هذه الاضطرابات على أساس الاختلافات في خصائصها المميزة ، ومع ذلك إذا كان لدى الفرد مميزات شخصية قد تلبي معايير واحدة / أو مع

أكثر اضطرابات الشخـصية ، وذلـك بالإضـافة إلى اضـطراب الشخـصية الانطوائيـة ، فيمكن عندئذ تشخيصها .

وتتميز اضطراب في الشخصية الانطوائية واضطراب الشخصية / والتي تعتمد عن مشاعر بعدم الكفاية ، وفرط الحساسية للنقد ، والحاجة إلى الطمأنينة . وعلى الرغم من أن التركيز الأسـاس للقلـق في اضـطراب الشخـصية الانطوائيـة / الـذى يتميـز بتجنـب الإذلال والرفض ، مع اضطراب الشخصية .

ومن المحتمل أن يشارك اضطراب الشخصية الانطوائية / مع اضطراب الشخصية والذى يحدث بشكل خاص . وذلك مثل اضطراب الشخصية الانطوائية ، والـتى تتميـز باضطراب الشخصية الفصامي ، وبالعزلة الاجتماعية . ومع ذلك ، فإن الأفراد الـذين يعانون من اضطراب الشخصية الانطوائية ويشعرون بعمق وحدتهم ، في حين أن أولئك الذين لديهم اضطراب فصامي ، أو قد يكون لديهم اضطراب فصامى فى الشخصية مع المحتويات (الأعراض الأخرى) والتى تصل إلى تفضيل العزلة الاجتماعية .

أما اضـطراب في الشخـصية بجنـون العظمـة / واضـطراب الشخـصية الانطوائيـة فكلاهما يتميز بالتردد في الثقـة في الآخـرين . ومـع ذلـك ، فـإن اضـطراب الشخـصية الانطوائية ، قد يُعزى إلى الخوف من الآخرين ، أو أن يشعروا بالحرج بدلا من الخـوف من النوايا الخبيثة (كما يعتقدون) من الآخرين .

كما أن العديد من الأفراد عرضة لتلك السمات الانطوائية ، وذلك فقـط عنـدما تكون هذه الصفات غير مرنة ، وغير قابلة للتأقلم ، وقـد يـستمر مـصحوباً باضـطراب وظيفي كبير أو ذاتي ، إلا أنه قد لا يشكل اضطراب فى الشخصية الانطوائية .

تغير في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى : اضطراب الشخصية الانطوائية يجـب تمييزه عن تغير في الشخصية بسبب حالـة طبيـة أخـرى ، أو في الـصفات الـتي يمكـن أن تُعزى إلى ظهور آثار حالة طبية أخرى للجهاز العصبي المركزي .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : حيث يجب التمييز بين اضـطراب الشخـصية الانطوائيـة مـع الأعـراض الـتي قـد تتطـور بالتعـاون مـع التعـاطي المـستمر للمخدرات .

اضطراب الشخصية التابعة Dependent Personality Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F60.7) :

أسلوب متفشي ومفرط نحو توخي الحذر من أن يصبح منقاد ، مع التشبث بسلوك يتسم بالمخاوف من الانفصال ، والتى تبدأ قبل البلوغ المبكر والحالي ، وذلك في مجموعة متنوعة من السياقات ، والتى تتبين من خمسة (أو أكثر) من التالي : -

١.لديه صعوبة في اتخاذ القرارات اليومية دون وجود كمية زائدة من المشورة والطمأنينة من الآخرين .

٢. يحتاج البعض الآخر لتحمل المسؤولية بالنسبة لمعظم المجالات الرئيسة من حياته أو حياتها .

٣. لديه صعوبة في التعبير عن الخلاف مع الآخرين بسبب الخوف من فقدان الدعم أو الموافقة . (ملاحظة : لا تشمل مخاوف واقعية من العقاب) .

٤. لديه صعوبة في بدء مشاريع أو فعل الأشياء (بسبب عدم وجود الثقة بالنفس في الحكم أو نقص قدراتهم بدلا من عدم وجود الحافز أو الطاقة) .

٥. يذهب إلى أساليب مفرطة للحصول على الحنو والدعم من الآخرين ، لدرجة قبوله بالعمل التطوعي في فعل الأشياء غير السارة .

٦.يشعر بعدم الارتياح أو العجز بسبب مخاوف مبالغ فيها من كونه غير قادر على رعاية (نفسه/أو نفسها) .

٧. يسعى بشكل عاجل لعلاقة أخرى كمصدر للرعاية والدعم عندما تنتهي علاقته الوثيقة .

٨. مشغول بشكل غير واقعي مع وجود مخاوف من أن يترك وحده لرعاية (نفسه / أو نفسها) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب الشخصية يعتمد بالحاجة المتفشية والمفرطة إلى توخي الحذر من أن تؤدي إلى السلوك والمخاوف من الانفصال المنقاد والمتشبث . ويبدأ هذا الأسلوب مع مرحلة البلوغ المبكر ، والمتواجد في مجموعة متنوعة من السياقات والتى

تعتمد على السلوكيات التى تنشأ من التصور الذاتي من كونها غير قادرة على العمل بشكل كاف دون مساعدة من الآخرين .

أما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية فيتصل بصعوبة كبيرة مما يشوش قرارات الحياة اليومية (على سبيل المثال : ما لون قميص ارتداؤه للعمل أو ما إذا كان يحمل مظلة) وذلك دون كمية زائدة من المشورة من الآخرين .

(١) . ويميل هؤلاء الأفراد إلى أن يكونوا سلبيين ، مع السماح لأشخاص آخرين (غالباً ما تكون شخص واحد آخر) لأخذ زمام المبادرة وتحمل المسؤولية بالنسبة لمعظم المجالات الرئيسة من حياتهم .

(٢) . ويعتمد الكبار مع هذا الاضطراب عادة على أحد الوالدين أو الزوج الذى يقرر نوعية العيش ، كنوع من العمل يجب أن يمارسوه ، أو حتى فى إقامة علاقات صداقة مع الجيران .

أما المراهقين مع هذا الاضطراب فقد تسمح الأم لتقرر ما يتوجب عليهم ارتداؤه ، والذى ينبغي معه كيفية قضاء أوقات فراغهم ، وما هى المدرسة أو الكلية أنها ينبغي أن يتخذوها . وهذه الحاجة للآخرين لتحمل المسؤولية تتجاوز للفئة العمرية المناسبة لطلبات الوضع المناسب للحصول على المساعدة من الآخرين (على سبيل المثال : تحديد احتياجات الأطفال والمسنين ، والمعوقين) . وقد يحدث اضطراب الشخصية لدى الفرد الذي لديه حالة طبية خطيرة أو عجز ، وفي صعوبة تحمل المسؤولية ،والذى يجب أن تتجاوز ما يمكن أن يرتبط عادة مع هذا الشرط أو الإعاقة .

كما أنهم يخشون فقدان الدعم أو الموافقة من الأفراد / ويعتمد الاضطراب في كثير من الأحيان بصعوبة في التعبير عن الخلاف مع الأفراد الآخرين ، وخاصة مع أولئك الذين كانوا يعتمدون عليهم .

(٣) . ويشعر هؤلاء الأفراد بأنهم غير قادرين على العمل وحدهم مع الأشياء ، وقد يشعرون بأنهم مخطئون بدلا من فقدان خطر المساعدة من أولئك الذين ينظرون للاسترشاد بهم . كما أنهم لا يغضبوا بشكل مناسب مع ممن يقدمون لهم الدعم والحنو الذى يحتاجون إليها خوفا من تنفيرهم .

وإذا كانت الفرد مخاوف بشأن عواقب التعبير عن الخلاف الواقعي (على سبيل المثال : مخاوف واقعية من الانتقام من الزوج المسيئ) ويجب ألا يعتبر هذا السلوك دليلا على اضطراب في الشخصية التابعة ، وقد يعاني الأفراد مع هذا الاضطراب صعوبة في بدء المشاريع أو فعل الأشياء بشكل مستقل .

(٤) . أنهم يفتقرون إلى الثقة بالنفس ويعتقدون أنهم بحاجة إلى المساعدة لبدء المهام ، وهؤلاء الأفراد مقتنعون بأنهم غير قادرين على العمل بشكل مستقل وتقديم أنفسهم غير الأكفاء ، وأنهم يحتاجون إلى مساعدة المستمرة . ومع ذلك ، من المحتمل أن يعملوا بشكل كاف إذا ما أتيحت لهم ضمانات بأن شخصا آخر يوافق على الإشراف عليهم ، وغالباً لا توجد مهارات مستقلة حية لديهم ، مما يكرس التبعية للغير .

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية قد يعتمدوا على الحصول على الحنو والدعم المفرط من الآخرين ، حتى إلى حد التطوع الغير سار لمهام هذا السلوك الذى سيجلب الرعاية التي يحتاجونها .

(٥) . هم على استعداد لتقديم مطالب للبعض الأخر حتى ولو كانت مطالب غير معقولة ، بهدف حاجتهم للحفاظ على تلك العلاقات غير المتوازنة أو المشوهة في كثير من الأحيان . وقد تكون غير عادية ، مع التضحيات الذاتية أو التسامح مع الإساءة اللفظية والجسدية ، أو الجنسية . (وتجدر الإشارة إلى أن هذا السلوك ينبغي النظر إليه عبر الأدلة من اضطراب الشخصية ، التي تعتمد فقط على ما يمكن أن ينشأ بوضوح مع الخيارات الأخرى المتاحة للفرد) . وقد يشعر الأفراد مع هذا الاضطراب بعدم الارتياح أو العجز ، بسبب المبالغة من مخاوف عدم القدرة على رعاية أنفسهم ، وذلك عندما تنتهي العلاقة الوثيقة (على سبيل المثال : قد يحدث تفكك ، أو وفاة أحد مقدمي الرعاية) ، أو مع توقف السعي بشكل حثيث إلى علاقة أخرى توفر الرعاية والدعم الذي يحتاجونه .

(٧) . اعتقادهم بأنهم غير قادرين على وظيفة في ظل عدم وجود علاقة وثيقة تحفز هؤلاء الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ، وغالباً ما ينشغلون بالمخاوف من أن يتركوا وحدهم لرعاية أنفسهم .

(٨) . وهم يرون أنفسهم معتمدين كليا على المشورة والمساعدة من شخص آخر مهم ، ولا توجد أسباب لتبرير مثل هذه المخاوف كدليل على هذا المعيار ، ويجب أن تكون المخاوف المفرطة غير واقعية ، على سبيل المثال : رجل مسن مع مرض السرطان الذى يحتاج إلى رعاية الأسرة / مع هذه الحالة نظرا لظروفه الخاصة .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
: Associated Features Supporting Diagnosis

وغالباً ما يتميز الأفراد مع اضطراب الشخصية التى تميل إلى التشاؤم والشك الذاتي ، وإلى التقليل من شأن قدراتهم ، كدليل على التفاهة وفقدان الثقة في أنفسهم . وقد يسعون إلى الحماية المفرطة والهيمنة من الآخرين . وقد يكون ضعف الأداء المهني .

وتميل العلاقات الاجتماعية لديهم إلى الاعتماد على عدد قليل من الناس الذين على يعتمدون على غيرهم . وقد تكون هناك زيادة خطر اضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القلق ، واضطرابات التكيف .

ويعتمد اضطراب الشخصية في كثير من الأحيان على الترابط مع غيره من اضطرابات الشخصية ، واضطرابات الشخصية الحدية وخاصة الشخصية الانطوائية ، والتمثيلية المصاحب للأمراض الجسدية المزمنة أو مع اضطرابات القلق في الطفولة أو المراهقة ، والذى قد يؤهب الفرد لتطوير هذا الاضطراب .

معدل انتشار Prevalence :

تؤكد بيانات المسح الوبائي الوطنية ٢٠٠١-٢٠٠٢ على أن الكحول والأحكام ذات الصلة ، توضح أن معدل الانتشار المقدرة لاضطراب الشخصية يصل إلى ٠,٤٩٪ ، ويعتمد على قدرات الشخصية ، استنادا إلى عينة فرعية من الاعتلال المشترك ، والذى يصل إلى ٠,٦ ٪ .

دورة التنمية Development and Course :

ينبغي استخدام هذا التشخيص بحذر شديد ، لدى الأطفال والمراهقين ، الذين قد يكون هذا السلوك مناسباً للمرحلة التنموية .

تشخيص قضايا ذات الصلة الثقافية Culture-Reiated Diagnostic issues :

الدرجة التي تعتبر السلوكيات تعتمد إلى حد كبير بأن تكون مناسبة / تختلف عبر الفئات العمرية والاجتماعية والثقافية المختلفة . وينبغى مراعاة المرحلة العمرية والعوامل الثقافية عند تقييم عتبة التشخيص من كل معيار . أما السلوك فينبغى النظر إليه كسمة من الاضطراب فقط عندما يتصل بالمعايير الثقافية للفرد أو بما يعكسه من مخاوف غير واقعية .

أما التركيز على السلبية ، والعلاج كسمة فى بعض المجتمعات ، والتى يمكن أن يساء تفسيره ، مثل سمات اضطراب الشخصية التابعة .

التشخيص القضا المرتبطة يبين الجنسين
: Gender-Reiated Diagnostic Issues

قد يتم تشخيص اضطراب الشخصية ، وفقاً للعوامل الصحية التى تعتمد بشكل متكرر أكثر في الإناث ، على الرغم من أن بعض الدراسات أبلغت عن معدلات معدل انتشار مماثلة بين الذكور والإناث .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

الاضطرابات النفسية الأخرى والظروف الطبية : ينبغي التفريق بين التبعية الناشئة نتيجة لاضطرابات نفسية أخرى (على سبيل المثال : اضطرابات الاكتئاب ، واضطراب الذعر ، والخوف من الأماكن المكشوفة) أو نتيجة لظروف طبية أخرى .

اضطرابات الشخصية الأخرى : قد يتم الخلط بين اضطراب الشخصية تعتمد لأن لديهم بعض الخصائص المشتركة . ولذلك فمن المهم أن نميز بين هذه الاضطرابات على أساس الاختلافات في خصائصها المميزة ، ويتميز اضطراب الشخصية بسبب الخوف من الهجر ، ولكن الفرد مع اضطراب الشخصية الحدية يتفاعل مع الهجر ممن مشاعر الفراغ العاطفي ، الغضب ، في حين أن الفرد مع اضطراب في الشخصية يعتمد على التفاعل مع زيادة الاسترضاء والاستكانة ، وعلى وجه السرعة يسعى لتوفير الرعاية والدعم .

ويمكن تمييز اضطراب الشخصية الحدية عن اضطراب الشخصية التى تعتمد من قبل الأسلوب المعتاد غير المستقر . وقد يعانى هؤلاء الأفراد من اضطراب الشخصية الهستيري ، مثل الذى يعتمد على اضطراب في الشخصية ، أو ممن لديهم حاجة قوية للاطمئنان والموافقة عليها ، والتي ربما تظهر فى مرحلة الطفولة ، والتي تتميز بالتعلق والتشبث بالآخرين . وذلك خلافا على اضطراب الشخصية التى تعتمد ، على جذب الأضواء ، وعلى السلوك المنصاع ، كما يتميز اضطراب الشخصية الهستيري بالتوهج القطعي مع المطالب النشطة للاهتمام .

وكلاهما يتميز عن اضطراب الشخصية / واضطراب الشخصية الانطوائية التي تتسم بكبت مشاعر النقص ، وفرط الحساسية للنقد ، والحاجة إلى الاطمئنان ، ولكن الأفراد مع اضطراب الشخصية الانطوائية لديهم مثل هذا الخوف الشديد من الإذلال والرفض حتى ينسحبوا ، وهم على يقين من أنهم سوف يكونون مقبولين .

وفي المقابل ، يعتمد الأفراد مع اضطراب الشخصية بوجود أسلوب من السعي والحفاظ على الاتصالات الهامة مع الآخرين ، بدلا من تجنب الانسحاب من تلك العلاقات .

وقد يظهر العديد من الأفراد / سمات الشخصية التابعة (المنقادة) ، وعندما تكون هذه الصفات غير مرنة ، وغير متأقلمة ، وإستمرار هذه الأعراض قد يسبب اضطراب وظيفي كبير أو استغاثة ذاتية لكنها لا تشكل اضطراب في الشخصية التابعة .

تغير في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى : اضطراب الشخصية يجب تمييزه عن تغير في شخصيته بسبب حالة طبية أخرى ، في الصفات التي يمكن أن ’تعزى إلى ظهور آثار حالة طبية أخرى فى الجهاز العصبي المركزي .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : والتى يجب تمييزها عن اضطراب الشخصية مع الأعراض التي قد تتطور بالتعاون مع تعاطي المخدرات المستمرة .

اضطراب شخصية الوسواس القهري
: Obsessive-Compulsive Personality Disorder

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F60.5) :

ثمة أسلوب للإفلات من الانشغال بالانتظام (الوسواسى) ، والكمالية ، والعقلية المسيطرة ، وذلك على حساب المرونة والانفتاح ، والكفاءة ، والتي تبدأ قبل البلوغ المبكر والحالي في مجموعة متنوعة من السياقات ، كما يتبين من أربعة (أو أكثر) من التالية : -

١. الانشغال مع التفاصيل ، والقواعد ، والقوائم ، والنظام ، والتنظيم ، أو مع مدى النقطة الرئيسة للنشاط الذى يتم فقدانه .
٢. يظهرون الكمالية التى تتداخل مع إنجاز المهمة (على سبيل المثال : غير قادر على إكمال مشروع لأنه لم يتم الوفاء بمعايير صارمة أكثر من اللازم) .
٣. يندمجوا بشكل مفرط على العمل والإنتاجية / وإلى الاستبعاد من الأنشطة الترفيهية والصداقات (لا يستأثروا به لضرورة اقتصادية واضحة) .
٤. يمتازوا بالدقة / لكنهم غير مرنين حول مسائل الأخلاق ، أو القيم (ولا يستأثر بتحديد الثقافية) .
٥. غير قادرين على تجاهل الأشياء البالية ، مما لا قيمة لها حتى عندما يكون لديهم أي مشاعر وجدانية للقيمة .
٦. غير راغبين في تفويض المهام أو العمل مع الآخرين ، ما لم يقدموا بطريقة جيدة للقيام بهذه الأمور .
٧. يتبنؤا بأسلوب الإنفاق البخيل نحو الذات وللآخرين على حد سواء ؛ ويعتبر المال شيء يمكن كنزه لكوارث في المستقبل .
٨. يظهروا الصلابة والعناد .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من اضطراب شخصية الوسواس القهري : هو الشغل الشاغل مع الانتظام ، والكمالية ، والسيطرة النفسية والشخصية ، على حساب المرونة والانفتاح والكفاءة ، وهذا الأسلوب يبدأ مع سن البلوغ المبكر ويوجد في مجموعة متنوعة من السياقات .

ويحاول الأفراد مع اضطراب شخصية الوسواس القهري الحفاظ على الشعور بالسيطرة من خلال الاهتمام المضني لقواعد وتفاصيل تافهة ، والإجراءات ، والقوائم ، والجداول الزمنية ، أو شكل مع النشاط المفتقد ، وذلك على النحو التالى :

(١) . هم حريصون بشكل مفرط وعرضة للتكرار ، مع الاهتمام الاستثنائي بالتفاصيل والفحص مرارا وتكرارا عن الأخطاء المحتملة . وهم غافلين عن حقيقة أن أخرى بأن الناس يميلوا إلى أن يصبحوا منزعجين للغاية في التأخير والمضايقات التي تنتج عن هذا السلوك . على سبيل المثال : عندما يخطئوا في وضع هؤلاء الأفراد على قائمة من الأمور التي ينبغي القيام بها ، فإنهم سوف ينفقوا قدراً هائلا من الوقت في البحث عن قائمة بدلا من إنفاق بضع لحظات ، نحو إعادة الإنشاء من الذاكرة والشروع في إنجاز المهام .

أما الوقت المخصص فيتم على نحو رديء ، ويتم ترك المهام الأكثر أهمية لآخر لحظة ، وينشغلوا بالكمالية والمعايير العالية التي فرضت عليهم من الأداء الذى يسبب اختلال وظيفي كبير وضيق لهؤلاء الأفراد . وقد ينخرطون حتى في جعل كل التفاصيل تنشد الكمال المطلق ، رغم إن المشروع لم يتم الانتهاء منه .

(٢) . على سبيل المثال : تأخر الانتهاء من تقرير مكتوب من قبل العديد من إعادة كتابته ، والتى تستغرق وقتا طويلا ، مع غياب عن المواعيد النهائية ، مع تشتت مع جوانب من حياة الفرد التي لا تركز على النشاط إلا فى حالة من الفوضى .

الأفراد مع الوسواس القهري عرضة لاضطراب الشخصية ، فيما بين : التفاني المفرط للعمل والإنتاجية / إلى استبعاد الأنشطة الترفيهية والصداقات .

(٣) . لا يتم احتساب هذا السلوك بحكم الضرورة الاقتصادية ، وغالباً ما يشعرون بأن لديهم الوقت لاتخاذ أمسية أو يوم عطلة نهاية الأسبوع مثل الذهاب في نزهة أو لمجرد الاسترخاء . وهم قد يؤجلوا النشاط الممتع ، مثل الإجازات ، بحيث قد لا يحدث أبدا .

وعندما يتم فعل ذلك فقد يستغرق وقتا طويلا للأنشطة الترفيهية أو الإجازات ، وهي غير مريحة للغاية ، وقد ينظرون إليها بأنها "إضاعة للوقت" . وقد يكون هناك تركيز كبير على الأعمال المنزلية (على سبيل المثال : تكرار التنظيف المفرط) . وإذا كان

هناك قضاء بعض الوقت مع الأصدقاء ، فإنه من المرجح أن يكون وفق نوع رسميا منظم للنشاط (على سبيل المثال : ممارسة الرياضة) . واقترب الهوايات أو الأنشطة الترفيهية كما فى المهام الخطرة التي تتطلب تنظيم دقيق والعمل الجاد ، كما يتم التركيز على الأداء المثالي .

وهؤلاء الأفراد قد يتحولوا إلى ممارسة مهمة منظمة (على سبيل المثال : قيام طفل لركوب (له /أو لها) دراجة ثلاثية العجلات في خط مستقيم) ،كما الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري قد يكون ضميرهم حى بشكل كبير ، ودقيق ، وغير مرن حول مسائل الأخلاق ، أو القيم .

(٤) . ويمكن أن يفرض نفسه وعلى الآخرين بأن يحذوا المبادئ الأخلاقية ، والمعايير الصارمة للأداء . ويمكن أن يكون لديهم حساسية للنقد الذاتي عن الأخطاء . والأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب يتصرفون بلا مبالاة بشكل صارم للسلطة أو القواعد مع الإصرار على الامتثال الحرفي تماما ، مع عدم وجود حكم الانحناء للظروف المخففة . وعلى سبيل المثال : فإن الفرد لا يقرض لأحد الأصدقاء " ربع دولار" الذي يحتاجه لتشغيل الهاتف ، ولا ينبغي أن تشكل هذه الصفات من قبل ثقافة الفرد أو هويته .

وقد يكون هذا الاضطراب مع الأفراد غير القادرين على تجاهل أشياء مستهلكة أو لا قيمة لها ، حتى عندما يكون لديهم - مع تلك الأشياء - أي قيمة عاطفية ، وسوف يغضب إذا حاول شخص ما التخلص من هذه الأشياء ، حتى فى داخل غرفهم الخاصة بهم ، وفى حالة التخلص منها فقد يشكوا من كمية الفراغ الذي ستشغله الأجزاء القديمة ، والمجلات ، والأجهزة مكسورة ، وهلم جرا .

كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الوسواس القهري يترددون في تفويض المهام أو العمل إلى الآخرين .

(٦) . كما أنهم - بعناد غير معقول - يصرون على أن يتم كل شيء بطريقتهم والتي يجب أن يتوافق الناس مع طريقتهم للقيام بهذه الأمور . وهم غالباً ما يعطوا تعليمات مفصلة للغاية حول الكيفية التي ينبغي أن تتم بها الأمور (على سبيل المثال : هناك طريقة واحدة لجز العشب ، وغسل الأطباق ، وبناء بيت الكلب) ،

وقد يفاجئوا بغضب الآخرين إذا اقترحت بدائل خلاقة ، وقد يرفضوا في أوقات أخرى عروض مساعدة من الآخرين حتى عندما يتأخروا عن موعداً لأنهم يعتقدون أن لا أحد آخر يمكن أن يفعل ذلك سواهم .

الأفراد يعانون من هذا الاضطراب قد يكونوا بخلاء ويسعون إلى الحفاظ على مستوى من العيش أقل بكثير من ما يمكن أن يتحملوه ، ويسيطر عليهم الاعتقاد بأن الإنفاق بإحكام / لتجنب كوارث المستقبل .

(٧) . اضطراب في شخصية الوسواس القهري يتميز بالصلابة والعناد .

(٨) . الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قلقون جداً حول الأمور بعد واحد "صحيح" والمشكلة التي لديهم تسير جنبا إلى جنب مع أفكار أي شخص آخر . أما ولاء هؤلاء الأفراد فيتسم بالتخطط للمستقبل بالتفصيل الدقيق وهم غير مستعدين للنظر في التغييرات الأخرى . وهم متمركزون تماما حتى في وجهة نظرهم الخاصة ، ويجدون صعوبة في الاعتراف بوجهات نظر الآخرين . والأفراد مع اضطراب الوسواس القهري في الشخصية يدركون أنه من مصلحتهم التوصل إلى حل وسط ، وقد يرفضوا بعناد من أجل القيام بذلك ، بحجة أنه ذلك هو "مبدأ أساس " .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

القواعد والإجراءات المعمول بها - في هذا الاضطراب - لا تعطى جواباً نحو اتخاذ القرارات الصحيحة ، وقد تصبح غالباً عملية مؤلمة وتستغرق وقتا طويلا . كما أن الأفراد مع الوسواس القهري قد يعانوا كذلك مع اضطراب في الشخصية مثل صعوبة البت فيها تم اتخاذه من المهام ذات الأولوية أو ما هى أفضل وسيلة للقيام ببعض المهام لاسيما أنها قد تبدأ بدون قواعد ثابتة . وهم عرضة ليصبحوا أكثر إحساساً بالضيق أو الغضب في الحالات التي هم فيها غير قادرين على الحفاظ على السيطرة على البيئة المادية أو الشخصية ، وعلى الرغم من أن الغضب عادة لا يتم الإعراب عنه مباشرة . وعلى سبيل المثال : قد يكون الفرد غاضباً من طريقة الخدمة القليلة في مطعم ، ولكنه بدلا من الشكوى إلى الإدارة ، فهو يجتر حول كيفية ترك الكثير من (البقشيش) . وفى مناسبات أخرى ، يمكن التعبير عن الغضب ، وإظهار سخطه على مسألة تبدو طفيفة .

كما أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قد ينتبهوا إلى الوضع النسبي في علاقات الهيمنة لتقديم تلك العروض من الاحترام المفرط إلى السلطة المحترمة / والمقاومة المفرطة إلى السلطة التي لا تحترم .

ويعانى الأفراد مع هذا الاضطراب عادة فى التعبير عن المودة والرقابة الشديدة ، حتى فى الأزياء التى يرتدوها ، وربما تكون غير مريحة للغاية في وجود الآخرين الغير المعبرين عنهم عاطفيا .

أما العلاقات اليومية التي لديهم فهى نوعية ورسمية وجادة ، وقد تكون شديدة في الحالات التي يراها الآخرين جميلة وسعيدة (على سبيل المثال : تحية من المودعين في المطار) .

كما أن يتضح لديهم العناية بأنفسهم (مرة أخرى) حتى يتأكدوا أن كل ما يقولون سوف يكون مثاليا ، وقد يكونوا مشغولين مع المنطق والعقل ، والسلوك العاطفي والمتعصب مع الآخرين . وهم غالباً ما يجدون صعوبة في التعبير عن المشاعر والعطاء ، ونادرا ما يدفعوا إلى المديح ، والأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب قد يواجهوا صعوبات مهنية وضيق ، لا سيما عندما يواجهوا الأوضاع الجديدة التي تتطلب المرونة والتسوية .

كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق ، بما في ذلك اضطراب القلق العام، والقلق الاجتماعي ، واضطراب (الرهاب الاجتماعي) ، والرهاب المحدد ، والوسواس القهري (OCD) كل هؤلاء لديهم زيادة فى احتمال وجود اضطراب الشخصية التي تلبي معايير الوسواس / واضطراب في الشخصية . وحتى مع ذلك ، يبدو أن غالبية الأفراد مع الوسواس القهري لم يكن لديهم وجود أسلوب من السلوك الذي يلبي معايير لاضطراب الشخصية . كما أن العديد من مميزات الوسواس القهري ، واضطراب في الشخصية ، قد يتداخل مع "معيار A" أما الخصائص الشخصية (مثل الانشغال بالعمل ، والقدرة التنافسية ، واستعجال الوقت) ، فهذه المميزات قد تكون موجودة في الأشخاص المعرضين لخطر احتشاء عضلة القلب ، وقد يكون هناك وجود ارتباط بين اضطراب الشخصية ، وبين الوسواس القهري ، والاكتئاب ، واضطرابات القطبين ، واضطرابات الأكل .

معدل انتشار Prevalence :

اضطراب الوسواس القهري ، هى واحدة من أكثر معدلات انتشار اضطرابات الشخصية في عموم السكان ، مع معدل انتشار يقدر يتراوح من ٢,١ ٪ إلى ٧,٩ ٪ .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية

: Culture-Related Diagnostic Issues

لا ينبغي أن تشمل التقييمات الطبية للوسواس القهري ، اضطراب في الشخصية ، تلك السلوكيات التي تعكس العادات والتقاليد ، أو أنماط الشخصية التي يعاقب عليها ثقافيا من قبل المجموعة المرجعية للفرد ، وذلك فى بعض الثقافات الكبيرة التى تركز على العمل والإنتاجية ، والسلوكيات مما يؤدى إلى عدم اعتبارها - مع تلك المجتمعات - كمؤشرات على الوسواس القهري ، واضطراب في الشخصية .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنس

: Gender-Related Diagnostic Issues

في دراسات منهجية ، يبدو أن الوسواس القهري ، واضطراب في الشخصية يتم تشخيصه فى حوالي مرتين - في كثير من الأحيان - بين الذكور .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطراب الوسواس القهري : على الرغم من التشابه في الأسماء فإن الوسواس القهري عادة ما يتم تمييزها بسهولة عن اضطراب في الشخصية ، وفى الوسواس القهري بسبب وجود هواجس حقيقية ودوافع كامنة في الوسواس القهري . وحتى مع تلك المعايير لكلا من شخصية الوسواس القهري والتى قد تلتقى مع اضطراب الوسواس القهري ، لذا يجب أن يتم تسجيل كل من هذه التشخيصات .

إكتناز الاضطراب : ينبغي النظر في تشخيص اضطراب الاكتناز خاصة المدقع - عديم الفائدة - منه (على سبيل المثال : أكوام متراكمة من الكائنات لا قيمة لها تشكل خطرا لإشتعال النار فيها ، أو تجعل من الصعب على الآخرين المشي عليها داخل المنزل) . وقد تلتقى معايير كل من الوسواس مع الاضطراب القهري واضطراب في الشخصية ، واضطراب الاكتناز ، سواء فى التشخيصات التى يجب تسجيلها .

اضطرابات الشخصية الأخرى ، وسمات الشخصية : اضطرابات الشخصية الأخرى قد ينبغي عدم الخلط مع اضطراب في الشخصية الوسواس القهري / رغم

وجود بعض السمات المشتركة بينهما . وبالتالي ، فمن المهم أن نميز بين هذه الاضطرابات القائمة على الاختلافات في خصائصها المميزة . ومع ذلك ، إذا كان هناك شخص لديه ميزات شخصية تلبي معيار واحد أو أكثر مع اضطرابات الشخصية ، بالإضافة إلى اضطراب في الشخصية ، والذى يمكن تشخيصه لدى جميع الأفراد مع اضطراب الشخصية النرجسية ، وقد يعلنون الالتزام بالكمالية ، ويعتقد أن الآخرين لا يمكن أن يفعلوا أشياء أيضاً ، وهم أكثر عرضة للاعتقاد بأن لديهم حاجة لتحقيق الكمال ، في حين أن أولئك الذين يعانون من اضطراب شخصية الوسواس القهري ، والذين هم أكثر حساسية - عادة - للنقد الذاتي .

أما الأفراد مع عدم اضطراب الشخصية النرجسية أو المعادية للمجتمع ، فقد ينغمسوا فى الكرم ولكن مع أنفسهم ، في حين أن شخصية الفرد مع اضطراب الوسواس القهري / تميل إلى اعتماد أسلوب الإنفاق يتسم بالبخل نحو الذات والآخرين على حد سواء . وكلا من الفصامي يمكن وصفه باضطراب في الشخصية واضطراب الوسواس القهري قبل الشكلي والواضح عبر المفرزة الاجتماعية .

وفي اضطراب في شخصية الوسواس القهري ، قد ينبع من عدم الراحة مع العواطف والتفاني المفرط في العمل ، في حين أن اضطراب الشخصية الفصامي يواجه نقصا أساسياً من القدرة على العلاقة الحميمة .

تميل السمات الشخصية للوسواس القهري إلى الاعتدال ، وقد يكون التكيف ولا سيما في الحالات التي تكافئ الأداء العالي . أو عندما تكون هذه الصفات هي غير مرنة ، وغير متأقلمة ، ومستمرة ،بصورة مسببة لاضطراب وظيفي كبير أو كرب شخصي .

تغير في شخصيته بسبب حالة طبية أخرى : يجب التمييز بين شخصية الوسواس القهري / وبين اضطراب التغير في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى ، والذى قد يظهر الصفات التي تعزى إلى آثار حالة طبية أخرى والمؤثرة على الجهاز العصبي المركزي .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : كما يجب التمييز بين الوسواس القهري/ واضطراب الشخصية من الأعراض التي قد تتطور بالتعاون مع تعاطي المخدرات المستمرة .

الاضطرابات الشخصية الأخرى Other Personality Disorders :

تغيير شخصية بسبب حالة طبية أخرى :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F07.0) :

A. اضطراب الشخصية المستمرة التي تمثل تغييرا سابق فى أسلوب شخصية الفرد المميزة.

ملاحظة : ينطوي الاضطراب في الأطفال على انحراف واضح من التطور الطبيعي أو تغير كبير في أنماط الطفل السلوك المعتاد ودائم على الأقل سنة واحدة .

B . هناك أدلة من التاريخ المرضى ، والفحص البدني ، أو النتائج المخبرية على أن اضطرابات الحالة المرضية في جسم المريض هو نتيجة مباشرة لحالة طبية أخرى .

C . لا يفسر الاضطراب أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر (بما في ذلك اضطراب عقلي آخر بسبب حالة طبية أخرى) .

D . لا يحدث الاضطراب حصرا أثناء سير الهذيان ، ويسبب الاضطراب ضائقة سريرية مهمة أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء :

تحديد ما إذا كان : -

- نوع عطوب : إذا كان السائد هو ميزة عطوبية عاطفية .
- نوع سلوكه الفاضح : إذا كانت الميزة السائدة هى عدم ضبط النفس كما يتضح من الطائشة الجنسية . . الخ .
- نوع العدوانية : إذا كانت الميزة السائدة تتعلق بالسلوك العدواني .
- نوع لا مبالي : إذا تم وضع علامة ميزة سائدة من اللامبالاة وعدم الاكتراث .
- نوع بجنون العظمة : الميزة السائدة هى الارتياب أو التفكير بجنون العظمة .
- نوع آخر : إذا لم يتميز العرض الذي تم تقديمه لأي من الأنواع الفرعية أعلاه .
- نوع الجمع : إذا كان الغالب ميزة أكثر من واحدة من الصورة السريرية .
- نوع غير محدد .

ملاحظة عن الترميز : يشمل الترميز اسم حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : [F07.0] شخصية تغيير بسبب صرع الفص الصدغي) . وينبغي ترميز الحالة الطبية الأخرى بسرد كل حالة على حدة مباشرة ، وذلك قبل حدوث اضطراب الشخصية بسبب طبي لأخر حالة (على سبيل المثال : [G40.209] صرع الفص الصدغي؛ [F07.0] شخصية تغيير بسبب صرع الفص الصدغي) ، ويمكن اتخاذ تشخيص معين مثل تغير الشخصية من خلال تحديد الأعراض التى تسود في بصورة سريرية .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

الميزة الأساس من تغير الشخصيته بسبب حالة طبية أخرى : مثل استمرار اضطراب الشخصية التي تم تصنيفها لتكون بسبب آثار الحالة المرضية في جسم المريض مباشرة الناتجة من حالة طبية . ويمثل اضطراب الشخصية تغيير مميز من أسلوب شخصية الفرد السابقة لظهور الحالة ، وقد يتجلى هذا الشرط من الانحراف الملحوظ في الأطفال من التطور الطبيعي بدلا من أن يكون التغيير في أسلوب الشخصية المستقرة .

(A) . يجب أن يكون هناك دليل من التاريخ المرضى ، والمادي لنتائج الفحص ، أو المختبرات الفسيولوجية، والتى تشير إلى التغير المباشر في الشخصية نتيجة لحالة طبية أخرى .

(معيار B) . لا يتم إعطاء تشخيص الاضطراب بصورة أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر .

(C) . لا يتم اتخاذ التشخيص في حالة حدوث اضطراب مصاحب حصرا أثناء الهذيان .

(D) . يجب أن يسبب الاضطراب أيضاً ضائقة مهمة سريرية أو ضعف في الاجتماعية ، والمجالات الهامة المهنية ، أو غيرها .

(E) . تشمل المظاهر المشتركة للتغير في الشخصية عدم الاستقرار العاطفي ، وضعف السيطرة على الانفعالات ، ونوبات الغضب أو العدوان بشكل صارخ ، والتى تعجل بظهور الضغوطات النفسية والاجتماعية ، واللامبالاة الملحوظة ، والارتياب ، أو التفكير بجنون العظمة . يشار إلى ظواهر التغيير باستخدام الأنواع الفرعية المدرجة في معايير المحددة .

على الرغم من أن تلك الأعراض تشترك مع اضطرابات الشخصية الأخرى ، إلا أن هذا التشخيص يتميز بحكم المسببات المحددة له ، والظواهر المختلفة من متغير وبداية الدورة السريرية لدى شخص معين يعتمد على طبيعة الحالة المرضية . وعلى سبيل المثال : إصابة الفص الجبهي قد تسفر عن أعراض مثل عدم وجود الحكم أو البصيرة ، الفكاهة ، السلوك الفاضح ، والنشوة / والذى غالباً ما يظهر فى السكتات الدماغية للنصف الأيمن من الدماغ لاستحضار تغيرات في الشخصية بالاشتراك مع الإهمال المكاني من جانب واحد ، بما يعرف / بعمه العاهة (أي عدم قدرة الفرد على التعرف على جسدي أو عجز وظيفي ، مثل وجود فالج) ، السيارات ، والعجز العصبية الأخرى .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

Associated Features Supporting Diagnosis :

ويتم عبر مجموعة متنوعة من الظروف الطبية العصبية وغيرها مما قد يسبب تغيرات في الشخصية ، بما في ذلك أورام الجهاز العصبي المركزي ، وصدمات الرأس ، وأمراض الأوعية الدماغية ، والصرع ، وظروف مرض هنتنجتون المعدي بمشاركة الجهاز العصبي المركزي (على سبيل المثال : فيروس نقص المناعة البشرية) ، وظروف الغدد الصماء (مثل قصور وفرط الغدة الدرقية) ، والظروف الذاتية بمشاركة الجهاز العصبي المركزي (على سبيل المثال : الذئبة الحمامية الجهازية) . والذى يرتبط بنتائج الفحص البدني ، ونتائج فحوص المختبرات ، وأنماط معدل الانتشار ، وظهور أعراض الاضطرابات العصبية أو غيرها من الحالات الطبية المعنية .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

الحالات الطبية المزمنة ترتبط بالألم والعجز، وذلك فى الحالات الطبية المزمنة ، ويمكن أيضاً أن تترافق مع التغيرات في الشخصية . ويتم إعطاء تشخيص " تغير في الشخصية " بسبب حالة طبية أخرى فقط إذا كان يمكن إنشاء آلية مباشرة للحالة المرضية في جسم المريض .

ولا يعطى هذا التشخيص إذا كان التغيير بسبب التكيف السلوكي أو النفسي أو استجابة لظروف حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : تعتمد السلوكيات التي تنتج إلى

الحاجة للمساعدة من الآخرين بعد صدمة بالغة في الرأس ، أو مع أمراض القلب والأوعية الدموية ، أو الخرف) .

اضطراب الهذيان العصبي الرئيس : يرتبط التغير في الشخصته - في كثير من الأحيان - بميزة من هذيان الاضطراب العصبي الرئيس . ويتم اتخاذ التشخيص المنفصل للشخصية ، إذا لم يتخذ هذا التغيير بسبب حالة طبية أخرى / أو في حالة حدوث التغيير حصرا أثناء الهذيان . ومع ذلك ، فإن تشخيص التغير في الشخصيه بسبب آخر يمكن إعطاء حالة طبية ، بالإضافة إلى تشخيص عصبي الرئيسة اضطراب الشخصية إذا كان التغيير هو جزء بارز من السريرية .

اضطراب عقلي آخر بسبب حالة طبية أخرى : ويلاحظ بأن تشخيص الشخصية لم يعط التغيير بسبب حالة طبية أخرى / إلا إذا كان الاضطراب يُفسر بأفضل وأوضح اضطراب بسبب حالة طبية أخرى (على سبيل المثال : اضطراب الاكتئاب بسبب ورم في المخ) .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : قد تحدث تغيرات في الشخصية أيضاً في سياق مادة استخدام الاضطرابات ، خاصة إذا كان الاضطراب قد حدث منذ زمن طويل . وقد يستسفر الطبيب بعناية حول طبيعة ومدى تعاطي المخدرات . وإذا رغب الطبيب بأن يشار إلى وجود علاقة سببية بين استخدام التغير في الشخصية وجوهره ، مع فئة غير محددة لمادة معينة (على سبيل المثال : اضطراب غير محدد متعلق بالمنشطات) والذي يمكن استخدامه .

الاضطرابات النفسية الأخرى : قد تكون التغيرات في الشخصية ملحوظة أيضاً كميزة مرتبطة بالاضطرابات النفسية الأخرى (مثل اضطراب الفصام ؛ واضطراب الوهمية ؛ واضطراب الاكتئاب ثنائي القطب ،وغير ذلك السلوك من الاضطربات المحددة وغير المحددة ، مثل اضطرابات الانفعالات ، واضطراب الهلع) . ومع ذلك ، فإن هذه الاضطرابات ،لا تتصل بعوامل فسيولوجية معينة / إلا أنه يتم الحكم عليها بأنها ذات الصلة بالتغير في الشخصية .

اضطرابات الشخصية الأخرى : قد يحدث التغير في الشخصية بسبب حالة طبية أخرى، والتي يمكن تمييزها عن اضطراب الشخصية ، وذلك عن طريق اشتراط وجود

ضائقة سريرية هامة ، مع تغيير من الخط الأساس لسير شخصية ، وفى ظل وجود مسببات محددة للحالة الطبية .

اضطراب الشخصية الأخرى غير المحددة (F60.89) :

ينطبق هذا التصنيف على العروض التقديمية في أعراض سمات الشخصية ، من إشاعة الفوضى التي تسبب الضيق السريرى الهام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من درجة تشخيص اضطرابات الشخصية .

وتستخدم فئة اضطراب الشخصية الأخرى المحددة في الحالات التي يختار فيها الطبيب التواصل بسبب محدد ، إلا إذا كانت الأعراض لا تلبي معايير اضطراب الشخصية المحددة . ويتم ذلك من خلال تسجيل "اضطراب في الشخصية الأخرى المحددة " المتبوع بسبب محدد (على سبيل المثال ، سمات الشخصية المختلطة) .

اضطراب الشخصية غير المحددة (F60.9) :

ينطبق هذا التصنيف على العروض المميزة للشخصية، مثل الفوضى التي تسبب ضيق سريرى هام أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أ وفى مجالات أخرى هامة من الأداء تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات الشخصية التى تلبي درجة التشخيص . ويستخدم فئة اضطراب الشخصية غير المحددة في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد سبب المعايير التى لم يتم الوفاء بها لاضطراب الشخصية المحددة ، ويشمل العروض التي توجد فيها معلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

اضطرابات التجسس أو التنصت Psrsphilic disorders :

اضطرابات التنصت المدرجة في هذا الدليل هي اضطراب المتلصص (التجسس على الآخرين في أنشطة خاصة) ، واضطراب التعرى (تعريض الأعضاء التناسلية) ، اضطراب المساحقة (لمس أو فرك ضد فرد دون تراضي) ، اضطراب الشهوة الجنسية (يتعرضون للإذلال والعبودية ، أو المعاناة) ، واضطراب القسوة المفرطة (السادية)

الجنسية (إلحاق الإذلال والعبودية ، أو المعاناة) ، واضطراب عاشق الأطفال (التركيز الجنسي على الأطفال) ، الجنسية الغير تقليدية اضطراب (باستخدام الكائنات غير الحية (كائن جماد) أو وجود تركيز محدد للغاية على غير الأعضاء التناسلية وأجزاء الجسم) ، واضطراب التخنث (الانخراط في إثارة جنسية عبر خلع الملابس) .

وقد جرت العادة على إدراج هذه الاضطرابات كحالة صريحة محددة لمعايير التشخيص في **DSM** لسببين رئيسيين : وهي : - الشائعة نسبياً ، فيما يتعلق باضطرابات التنصت أخرى .

- والبعض من هؤلاء يستلزم إجراءات لرضاهم بسبب الإيذاء أو الضرر المحتمل للآخرين ، وتصنف في عداد الجرائم الجنائية .

أما الاضطرابات الثمانية المدرجة - خارج - قائمة اضطرابات التنصت . وقد تم تحديد العديد من العشرات من paraphilias [1] (السلوك الشاذ) ، والذى يشير إلى العواقب السلبية للفرد أو للآخرين ، والتى ترتفع إلى مستوى اضطراب التنصت .

ومن أجل تقديم اضطرابات التنصت المدرجة عموما ، والتى تتوافق مع خطط التصنيف الشائع لهذه الظروف ، وذلك على النحو التالى :

- المجموعة الأولى وتستند على اضطرابات تفضيلات النشاط الشاذ ، وتنقسم هذه الاضطرابات في اضطرابات الخطوبة ، والتي تشبه مكونات مشوهة لسلوك المغازلة للإنسان (اضطراب متلصصة ، واضطراب التعرى ، واضطراب المساحقة) ، واضطرابات ألم شبقى ، والتي تنطوي على الألم والمعاناة (اضطراب الشهوة الجنسية والقسوة المفرطة (السادية) واضطراب الجنسية) .
- المجموعة الثانية وتستند على اضطرابات تفضيلات الهدف الشاذة ، هؤلاء وتشمل اضطرابات واحدة موجهة إلى غيره من البشر (اضطراب عاشق

---

(١) paraphilias 'يعرف بالشذوذ الجنسي ويعبرعن نفسية مريضة من العلاقات غير المعيارية تنتمى إلى المجمع الأوديبي ، وإلى الناس الذين يفعلون هذا السلوك الشائن وغير الأخلاقى ، والخارج عن جميع قواعد السلوك والميول الجنسية السوية لدى البشر .

الأطفال) واثنين من الأعراض الموجهة في مكان آخر (اضطراب الجنسية الغير تقليدية ، واضطراب التخنث) .

في بعض الظروف ، فإن المعايير "المكثفة والمستمرة " قد يكون من الصعب تطبيقها في تقييم الأشخاص سواء طبيا ، أو نفسياً والذين قد لا يكون لهم مصالح جنسية من أي نوع " مكثف " . وفي مثل هذه الظروف المحددة ، والتي عادة ما تكون أفضل وصف عن المصالح الجنسية التفضيلية من المصالح الجنسية الشديدة .

وقد يتعلق التنصت في المقام الأول بالأنشطة المثيرة للفرد ، مع غيرها - في المقام الأول - والمتعلقة بأهداف الفرد المثيرة . ويشمل الأمثلة - من تجارب زمنية سابقة - مكثفة من المصالح الثابتة في الضرب والجلد والقطع ، أو خنق شخص آخر ، أو أية مصلحة في هذه الأنشطة التي تساوي أو تتجاوز مصلحة الفرد في الجماع . والأمثلة على هذا الأخير تشمل الاهتمام الجنسي الشديد أو التفضيلي (كما مع فئة أخرى) ، المكثفة أو التفضيلية في الحيوانات ، مثل الخيول أو الكلاب ، أو في الجماد ، مثل الأحذية أو المواد المصنوعة من المطاط .

واضطراب التنصت هو الشذوذ الذي يسبب ضائقة أو ضعف في الوقت الراهن ، أو الشذوذ التي قد تنطوي على الأذى الشخصي ، أو احتمال وقوع ضرر ، والذى يتطلب التدخل الطبي العيادى .

معايير التشخيص مع اضطرابات التنصت المدرجة : وفقاً للمعيار A الذى يحدد الطبيعة النوعية من الشذوذ (على سبيل المثال : التركيز على أجزاء الجسم المثيرة ، وعلى تعريض الأعضاء التناسلية للغرباء) ، والمعيار B والذى يحدد العواقب السلبية للخطل الجنسي (على سبيل المثال : الاستغاثة ، والضعف ، أو أذى الآخرين) . وتمشيا مع التمييز بين اضطرابات التنصت ، التى قد تستمر مع التشخيص على المدى الطويل للأفراد الذين يستوفون كل من معايير A , B (أي الأفراد الذين لديهم اضطراب التنصت) .

ليس من النادر بالنسبة للفرد إظهار اثنين أو أكثر من الشذوذ paraphilias . في بعض الحالات ، مثل التنصت البؤرى وثيق الصلة مع paraphilias والمفهوم بشكل

حدسي (على سبيل المثال : فتشية القدم [1] والحذاء بالشهوة الجنسية) . في حالات أخرى ، العلاقة بين الشذوذ paraphilias غير الواضحة ، بوجود paraphilias المتعدد ، وقد يحدث من قبيل الصدفة ، أو بسبب آخر يتعلق ببعض الضعف المعمم إلى شذوذ النمو النفسي . وقد يكون له ما يبرره من تشخيص الحالة المرضية لاضطرابات التنصت المنفصلة إذا كان هناك أكثر من خطل جنسي واحد هو الذي يسبب معاناة الفرد أو الأذى للآخرين .

وبسبب الطبيعة ذات الشقين لتشخيص اضطرابات التنصت ، فإن تقييم الطبيب أو تدابير التقييم الذاتي والتقييمات الأكثر شدة ، التي يمكن أن تعالج قوة الشذوذ نفسه، أو تجنب خطورة عواقبه .

وعلى الرغم من أن الاستغاثة والضعف المنصوص عليها في المعيار (B) هي خاصية فورية ، أو في نهاية المطاف نتيجة الشذوذ وليست نتيجة لبعض العوامل الأخرى .

أما ظاهرة رد الفعل ، والاكتئاب ، والقلق ، والشعور بالذنب ، وضعف تاريخ العمل ، وضعف العلاقات الاجتماعية ، وغيرها ، فهي ليست فريدة في حد ذاتها ، ويمكن أن ترتبط كميا مع التدابير المتعددة للأغراض النفسية ، أو مع نوعية الحياة .

الإطار الأكثر انطباقا على نطاق واسع لتقييم قوة التخيلات الجنسية ، المرتبط بحالة التنصت ، التي تحث ، أو التي يتم بها تقييم السلوكيات بالنسبة لمصالح سلوكياتهم الجنسية normophilic .

ووفقاً للنتائج السريرية أو نتيجة تطبيق الاستبيانات (الاختبارات) الذاتية ، يمكن أن يطلب من الممتحنين مع اضطراب التنصت الجنسي التخيلات ، بأن يتم رصد كم السلوكيات الناتجة عن هذا الاضطراب وفقاً لدرجة الشدة ، والتي تتراوح بصورة كمية ما بين : ضعيف / يساوي تقريبا / أو قوى / من تلك السلوكيات الجنسية الشاذه .

---

(١) فتيشية القدم *(Foot fetishism)* أو بودوفيليا *(podophilia)* بالقدم وتعني استثارة الرغبة والشهوة الجنسية عن طريق القدم (عادة قدم الأنثى) وتقديم هذا العضو وتفضيله عن باقي المناطق المثيرة وحتى استبعادها كليا. أول من استخدم هذا المصطلح هو فرويد .وهي أكثر أشكال الانجذاب شيوعا بعضو غير جنسي في أجزاء الجسم البشري.

اضطراب التلصص Voyeuristic Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F65.3) :

A . الشهوة الجنسية المتكررة من المراقبة المكثفة وعلى مدى فترة ٦ أشهر على الأقل لشخص من المطمئنين الذين هم في حالة تعرية ، أو الانخراط في النشاط الجنسي ، كما يتضح من الأوهام ، التي تحث ، تلك السلوكيات .

B . قد يتصرف الفرد من خلال تحث جنسي أو تخيلات ، مما يسبب ضيق سريري هام ، أو ضعف في المجالات الهامة الاجتماعية ، المهنية ، أو غيرها من أداء الفرد الذى يعاني من الاستثارة أو بناء على الغرائز من هو ١٨ فى عمر ١٨ سنو على الأقل من العمر .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : هذا محدد ينطبق في المقام الأول إلى الأفراد الذين يعيشون في السياقات المؤسسية أو غيرها من حيث الفرص للانخراط في السلوكيات المتلصص المقيدة .

في العفو والصفح كاملة : لا يتصرف الفرد على هذا النحو بغير التراضي ، وقد يتلازم مع ضائقة أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها ، لمدة (٥ سنوات) على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير منضبطة .

محدد المواصفات Specifiers :

لا تعالج " في حالة العفو والصفح الكامل " والمحدد باستمرار وجود أو عدم وجود استراق النظر في حد ذاته ، والتي قد تكون لا تزال موجودة بعد تلك السلوكيات .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يمكن للمعايير التشخيصية لاضطراب المتلصص بأن تنطبق على كل من الأفراد الذين أكثر أو أقل ما يكشف عن هذا الاهتمام بحرية التنصت ، ومع أولئك الذين ينكرون بشكل قاطع أي شهوة جنسية من مراقبة شخص المطمئنين الذين هو عاريا ، أو مع تعرية ، وذلك رغم وجود أدلة موضوعية كبيرة على عكس ذلك .

وقد يكشف الأفراد أيضاً عن تقرير بالاستغاثة أو جراء المشاكل النفسية بسبب تلك الميول الجنسية المتلصص ، والذى يمكن أن يُشخص باضطراب المتلصص .

ومن ناحية أخرى ، إذا كانت أي ضائقة معلنة ، أو تظاهر بسبب نقص القلق والهواجس ، والشعور بالذنب ، أو الخجل ، فإن مثل هذه الدوافع نحو التنصت تكون منخفضة القيمة ، وتتوزع في مجالات أخرى هامة من الأداء بسبب الاهتمام الجنسي ، والتي تتصل بالتاريخ النفسي أو القانوني الذى يشير إلى ذلك ، وعلى ذلك ، فينبغى التأكد من وجود الاهتمام الجنسي للمتلصص ، قبل تشخيص اضطراب المتلصص .

وقد تشمل الأفراد الغير عراة ، على سبيل المثال : الأفراد المعروف بأنهم قد تم التجسس عليهم مرارا وتكرارا ، وهم ينكرون أن يحث ذلك الانخراط في النشاط الجنسي ، أو مع الأوهام بشأن مثل هذا السلوك الجنسي ، والذين قد يقرروا تلك الحلقات المعروفة من التلصص على المطمئنين .

وبعضها الآخر قد يكشف الحلقات السابقة من مراقبة أشخاص عراة ، أو مع الخوض فى الاهتمام الجنسي مع هذا السلوك المستدام .

ومثل هؤلاء الأفراد قد ينفوا وجود أوهام أو نبضات عارية عن مشاهدة الآخرين أو المشاركة في النشاط الجنسي ، ويترتب على ذلك رفض الشعور بالأسى الذاتي أو الضعف الاجتماعي من قبل مثل هذه الدوافع ، وذلك على الرغم من موقفهم هذا ، والذى يتم تشخيصه لهؤلاء الأفراد باضطراب المتلصص .

ويشكل سلوك المتلصص المتكرر الدعم الكافي لاستراق النظر (من قبل الوفاء معيار A) ويدل دافع سلوك التنصت على التسبب بالأذى للآخرين (من خلال الوفاء المعيار B) . " المتكرر " بالتجسس على الأشخاص المطمئنين الذين هم عاريا ، أو الانخراط في النشاط الجنسي (أي مع ضحايا متعددين ، فى كل في مناسبة منفصلة) وقد تفسر كقاعدة عامة ، أو تفسر مع المزيد من الضحايا في مناسبات منفصلة . ويمكن تفسير العدد الأقل من الضحايا بما يلي هذا المعيار ، وخاصة إذا كانت هناك مناسبات متعددة من مشاهدة نفس الضحية أو إذا هناك أدلة مؤيدة من مصلحة مميزة أو تفضيلية في مشاهدة الأشخاص العراة ، والتى تبين في وقت سابق ، أنها كافية ولكن لا تمثل شرطا ضروريا لتشخيص أعراض تلك الاضطرابات ، كما قد تكون المعايير المكثفة 'تقر على الفرد هذا الاهتمام الجنسي المتلصص .

ويشير الإطار الزمني ، إلى أن علامات أو أعراض استراق النظر يجب أن تكون قداستمرت (لمدة ٦ أشهر) على الأقل ، وينبغي أيضاً أن يكون ذلك مفهوما كمبدأ توجيهي عام ، وليس كعتبة صارمة ، لضمان أن الاهتمام الجنسي في التلصص سراً للمطمئنين عرايا ، أو لغيرها من الأنشطة الجنسية التى لا تصنف بمجرد حدث عابر .

المراهقة والبلوغ تشير إلى زيادة الفضول الجنسي والنشاط : للتخفيف من حدة الخطر لإضفاء صفة المرض ، والاهتمام الجنسي المعياري، مع تلك السلوكيات خلال فترة البلوغ والمراهقة ، أما الحد الأدنى لسن تشخيص اضطراب المتلصص فهو ١٨ عاما (C) .

معدل انتشار Prevalence :

الأعمال متلصصة هي الأكثر شيوعاً من السلوك الجنسي المحتمل لكسر القانون : معدل انتشار اضطراب التلصص غير معروف . ومع ذلك ، تم رصد نسب أعلى لاضطراب المتلصص ، والأفعال الجنسية في عينات غير سريرية ، وهى تمثل أعلى معدل انتشار ممكن على مدى حياة المضطرب مع التلصص ، إلى ما يقرب من ١٢ ٪ في الذكور و٤ ٪ في الإناث .

دورة التنمية Development and Course :

أما الذكور البالغين الذين يعانون من اضطراب المتلصص فغالباً ما يصبحوا على بينة من الاهتمام الجنسي في المراقبة سرا للأشخاص المطمئنين خلال فترة المراهقة . ومع ذلك ، فإن الحد الأدنى لسن تشخيص اضطراب المتلصص هو ١٨ عاما ، وذلك بسبب وجود صعوبة كبيرة في التفريق بينه وبين الفضول للفئة العمرية ذات الصلة بالبلوغ والنشاط الجنسي .

أما استمرار استراق النظر على مر الزمن فهو غير واضح : ومع ذلك فن اضطراب المتلصص ، يمكن تعريفه مع واحد أو أكثر من العوامل المساهمة له ، والتي قد تتغير بمرور الوقت مع أو بدون العلاج : مثل الاستغاثة الشخصية (على سبيل المثال : الشعور بالذنب والخجل والإحباط الجنسي الشديد ، والشعور بالوحدة) ، والمرض

النفسي ، وفرط الرغبة الجنسية ، والاندفاع الجنسي؛ مع وجود ضعف نفسي؛ أو الميل بها للعمل الجنسي من قبل التجسس على المطمئنين العرايا . وبالتالي ، فإن مسار اضطراب المتلصص ، والذى من المرجح أن يختلف مع تقدم العمر .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors ؛

المزاجية : استراق النظر هو شرط مسبق ضروري لاضطراب المتلصص ، وبالتالي ، ينبغي رصد عوامل الخطر لاستراق النظر أيضاً بزيادة معدل اضطراب المتلصص .

المخاطر البيئية : الاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة ، وإساءة استعمال المواد المخدرة ، والانشغال الجنسي قد يرتبط بفرط الرغبة الجنسية وعوامل الخطر ، وذلك على الرغم من أن العلاقة السببية لاستراق النظر غير مؤكد وذو خصوصية واضحة .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين

: Gender-Related Diagnostic Issues

اضطراب المتلصص غير شائع تماماً بين النساء ، في حين أن نسبة الإناث واحدة فى إثارة الأعمال المتلصص والتى قد تكون ٣ : ١ بالنسبة للذكور .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطراب السلوك المعادي للمجتمع واضطراب في الشخصية : يتميز اضطراب السلوك لدى المراهقين عن اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، وذلك من خلال كسر القواعد والمعايير الإضافية والسلوكيات المعادية للمجتمع ، والاهتمام الجنسي المحدد في مشاهدة - سراً - المطمئنين عرايا ، أو المنخرطين في النشاط الجنسي والذى ينبغي أن تكون غير موجوداً كذلك فى التشخيص .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : قد ينطوي على اضطرابات تعاطي المخدرات ، وعلى الحلقات المتلصصة - شخص - من قبل الأفراد الذين هم في حالة سكر ولكن لا ينبغي أن ينطوي على الاهتمام الجنسي في الخفاء ، أو مشاهدة الأشخاص المطمئنين كونهم فى حالة عرى ، أو الانخراط في النشاط الجنسي . وبالتالي ، التخيلات الجنسية المتلصصة المتكررة ، قد تحث ، على السلوكيات التي تحدث أيضاً ، حتى عندما يكون الشخص مخمورا ، والتى تشير إلى أن اضطراب المتلصصة قد يكون موجوداً .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

تستند الأمراض المصاحبة المعروفة باضطراب الشخصية المتلصص إلى حد كبير على نتائج البحوث مع الذكور ، والذى يشتبه في أنه ينطوى على أفعال تتصل بمراقبة سرية للمطمئنين فى حالة عرى ، أو مع الأشخاص الناشطين جنسيا . وبالتالي ، قد لا تنطبق هذه الأمراض المصاحبة مع جميع الأفراد مع اضطراب المتلصص .

أما الظروف التي تحدث مع اضطراب المتلصص ، فتشمل فرط الرغبة الجنسية واضطرابات التنصت ، والاضطرابات الأخرى بشكل خاص مثل : اضطراب الاكتئاب ، واضطراب ثنائي القطب ، واضطراب القلق ، واضطرابات تعاطي المخدرات؛ واضطراب السلوك ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع أيضاً كحالة مرضية متكررة .

اضطراب التعرى Exhibitionistic Disorder ؛

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F65.2) :

A . وذلك على مدى فترة (ستة أشهر) على الأقل ، من الشهوة الجنسية الشديدة المتكررة من التعرض للأعضاء التناسلية لشخص من المطمئنين ، كما يتضح ذلك مع الأوهام ، التى تحث تلك السلوكيات .

B . قد يتصرف الفرد على هذا الحث الجنسي مع شخص آخر عنوة ، أو مع الحث الجنسي أو التخيلات التى تسبب ضيق سريري هام أو ضعف في المهام الاجتماعية ، وفى المجالات المهنية الهامة ، أو مع غيرها من صنوف الأداء .

تحديد ما إذا كان : -

- آثار جنسية من خلال تعريض الأعضاء التناسلية للأطفال قبل للبلوغ .
- آثار جنسية من خلال تعريض الأعضاء التناسلية لأفراد ناضجين جسدياً .
- آثار جنسية من خلال تعريض الأعضاء التناسلية لأطفال سابقى البلوغ وجسدياً للأفراد الناضجين .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : وينطبق ذلك - في المقام الأول - على الأفراد الذين يعيشون في البيئات المؤسسية أو السجون ، وغيرها مما قد يتاح فيها مثل تلك التصرفات .

في العفو والصفح الكامل : لا يتصرف الفرد على هذا الحث مع شخص ، إلا بغير علمه ، وربما يسهم فيها وجود ضائقة أو انخفاض في المجالات والمهام الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها ولمدة خمس سنوات على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير منضبطة حتى يتم تشخيصه .

وتستند الأنواع الفرعية للاضطراب على سن النضج الجسدي أو مع الأفراد الذين يفضل الفرد فضح (كشف) الأعضاء التناسلية وبغير بالتراضي (فى غفلة منهم) ويمكن أن تشمل الأفراد الأطفال قبل سن البلوغ ، والكبار ، أو كليهما . وينبغي تحديد لفت الانتباه الكافي لخصائص الأفراد من ذوي ضحايا اضطراب التعرى لمنع حدوث اضطراب مشارك لاضطراب عاشق الأطفال . ومع ذلك ، لا ينبغي أن يحول دون تشخيص اضطراب عاشق الأطفال (وفقاً للتشخيص فى الولايات المتحدة) DSM-5

محددي المواصفات Specifiers :

العفو والصفح الكامل محدد باستمرار وجود أو عدم وجود الاستثارة في حد ذاتها ، والتي قد لا تزال موجودة بعد الضيق من تلك السلوكيات وتحويلها .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يمكن للمعايير التشخيص لاضطراب التعرى أن تنطبق على كل من الأفراد الذين هم (أكثر أو أقل) حرية فى الكشف عن هذا الشذوذ ، أو أولئك الذين ينكرون بشكل قاطع أي انجذاب جنسي لتعريض أعضائهم التناسلية للأشخاص المطمئنين ، وذلك رغم وجود أدلة موضوعية كبيرة على عكس ذلك .

وقد تؤيد تقارير الأفراد فى الكشف عن الصعوبات النفسية والاجتماعية بسبب سلوكهم الجنسي ، والتي يمكن من خلالها تشخيص اضطراب التعرى . وعلى النقيض من ذلك ، إذا كانت تلك الضائقة صريحة (ومثال ذلك : عدم وجود القلق والهواجس ، والشعور بالذنب أو العار الناتج عن هذا التنصت) ولا ينال هذا الاهتمام

الجنسي / ولا يؤثر على مجالات العمل الآخرى ، والمبلغ عنها ذاتيا ، من خلال تاريخهم النفسي ، أو القانوني ، فإنه يمكن التأكد من (وجود الاهتمام الجنسي بالتعرى) ولكن لا يتم تشخيص هؤلاء المصابين باضطراب التعرى .

وتشمل الأمثلة على ذلك الأفراد الغير العارين ، أو أولئك الذين يعرضون أنفسهم مرارا وتكراراً على الأشخاص المطمئنين في مناسبات منفصلة ، ومع الذين ينكرون أي حث أو أوهام عن مثل هذا السلوك الجنسي ، والذين يبلغون عن أن الحلقات المعروفة من التعرض ، كانت جميعها تتم بصورة عرضية . والبعض الآخر قد يكشف الحلقات السابقة من السلوك الجنسي الذى ينطوي على التعرض للأعضاء التناسلية ، والذى يدحض أي مصلحة جنسية ملموسة ، أو بصورة مستديمة مع مثل هذا السلوك .

ولأن هولاء الأفراد ينفوا وجود حث أو أوهام تنطوي على التعرض للأعضاء التناسلية ، ويترتب على ذلك أنهم ينكرون أيضاً الشعور بالأسى الذاتي أو الاجتماعي من مثل هذه الدوافع . ويمكن تشخيص هؤلاء الأفراد الذين يعانون من اضطراب التعرى رغم سلبية التقرير الذاتي الخاص بهم ، بما يشكل سلوك التعرى المتكرر للدعم الكافي للاستثارة .

(A) في وقت واحد يدل على أن دوافع هذا السلوك تسبب الضرر للآخرين .

(B) .التعرض "المتكرر" للأعضاء التناسلية للآخرين المطمئنين (أي ضحايا متعددين ، كل فى مناسبة منفصلة) وقد يشكل قاعدة عامة ، والتى يمكن أن تفسر على أنها ثلاثة أو أكثر من ضحايا مناسبات منفصلة . ويمكن تفسير العدد الأقل من الضحايا ، بما يلبي هذا المعيار ، خاصة إذا كانت هناك مناسبات متعددة من التعرض لنفس الضحية ، أما إذا كانت هناك أدلة ثبوتية ومصلحة قوية أو تفضيلية في التعرض للأعضاء التناسلية للأشخاص المطمئنين . (مع ضحايا متعددين) ، كشرط ضروري ولكنه ليس كافيا لتشخيص المرض .

كما يمكن تلبية المعايير الناتج عن اعتراف الفرد المكثف بالتعرى ، والاهتمام الجنسي مع الشدة أو انخفاض في القيمة .

أما الإطار الزمني ، فيشير إلى أن علامات أو أعراض الاستثارة يجب - حتى تُشخص - أن تستمر (لمدة ستة أشهر) على الأقل ، وينبغي أيضاً أن يكون ذلك مفهوما كمبدأ توجيهي عام ، وليس كعتبة صارمة ، لضمان تحقيق الاهتمام الجنسي في تعريض الأعضاء التناسلية لواحد من الأفراد المطمئنين / للبعض الآخر وليس مجرد حدث عابر ، وقد يتم التعبير عن ذلك عبر دليل واضح يستند على تكرار السلوكيات أو الشدة على مدى فترة غير قصيرة (أقصر من ستة أشهر) .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار اضطراب التعرى غير معروف : ومع ذلك ، استنادا إلى الأفعال الجنسية للتعرى في عموم السكان غير السريرية ، هو أعلى معدل انتشار ممكن لاضطراب التعرى في عدد السكان من الذكور هو ٢ ٪ -٤٪ . أما معدل انتشار اضطراب التعرى في الإناث ، فهو أكثر غموضا ولكن يعتقد عموما أن يكون أقل بكثير مما هو عليه لدى الذكور .

دورة التنمية Development and Course :

الذكور البالغين الذين يعانون من اضطراب التعرى غالباً ما يفيدوا بأنهم أصبحوا لهم مصلحة في تعريض أعضائهم التناسلية للأشخاص المطمئنين خاصة خلال فترة المراهقة ، وفي وقت لاحق إلى حد ما من نمو الاهتمام الجنسي وفقاً للمعايير لدى الجنسين .

وعلى الرغم من أن ليس هناك شرط للحد الأدنى للسن لتشخيص اضطراب التعرى ، إلا أنه قد يكون من الصعب التفريق بين سلوكيات التعرى مع العمر المناسب للفضول الجنسي لدى المراهقين . في حين تظهر نبضات التعرى في الظهور في مرحلة المراهقة أو مرحلة البلوغ في وقت مبكر ، كما أن القليل جداً هو المعروف عن استمراره مع مرور الوقت . وبحكم تعريف ، اضطراب التعرى والذى يتطلب واحداً أو أكثر من العوامل المساهمة ، والتي قد تتغير بمرور الوقت مع أو بدون علاج ؛ أو نتيجة استغاثة شخصية (على سبيل المثال : الشعور بالذنب والخجل المكثف ، والإحباط الجنسي ، والشعور بالوحدة) .

أما اضطراب الاعتلال النفسي المشترك ، مثل فرط الرغبة الجنسية ، والاندفاع الجنسي ، مع وجود ضعف نفسي ، أو الميل للعمل الجنسي من خلال تعريض الأعضاء التناسلية للأشخاص المطمئنين . وبالتالي ، فمن المرجح أن يختلف مسار اضطراب التعرى مع تقدم العمر . وكما هو الحال مع غيرها من الميول الجنسية ، والتى قد تكون مرتبطة بالتقدم في السن مع تناقص الميول الجنسية من سلوكيات التعرى .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : الاستثارة هى شرط مسبق ضروري لاضطراب التعرى ، وينبغي أن تزيد عوامل خطر الاستثارة أيضاً من معدل اضطراب التعرى ، إضافة إلى التاريخ المرضى المعادي للمجتمع ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، وسوء استخدام الكحول ، والذى قد يزيد من خطر النكوص الجنسي في جرائم التعرى.

وبالتالي ، فإن الاضطراب المعادي للمجتمع والشخصية ، واضطراب تعاطي الكحول ، قد تعتبر عوامل مهيئة لاضطراب الذكور مع التعرى الجنسي .

المخاطر البيئية : للاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة والعاطفية والجنسية ، تترافق مع الانشغال المفرط للرغبة الجنسية ، والتى قد تسبب عوامل الحث على الإستثارة ، على الرغم من أن العلاقة السببية للاستثارة غير مؤكدة ، حيث تخضع لخصوصية واضحة .

تشخيص القضايا المتعلقة بنوع الجنس

: Gender-Related Diagnostic issues

اضطراب التعرى هو ظاهرة غير مألوفة لدى الإناث ، في حين أن حالة واحدة جنسيا قد تثير التعرى لأفعال قد تحدث ، والتى تصل إلى النصف في كثير من الأحيان بين النساء مقارنة مع الرجال .

العواقب الوظيفية من اضطراب التعرى :

لم تعالج عواقب وظيفية من اضطراب التعرى في مجال البحوث التى تشمل الأفراد الذين لم يتصرفوا خارج نطاق الاتصال الجنسي من خلال تعريض أعضائهم التناسلية

للغرباء ولكن المطمئنين الذين يستوفون المعيار B الذين يعانون من الاضطراب العاطفي الشديد على هذه الأفضليات .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

التشخيصات التفريقية المحتملة لاضطراب التعرى التى تحدث أحيانا باسم الحالة المرضية للاضطرابات ، وبالتالي ، فمن الضروري عموما تقييم أدلة التعرى ، واضطراب الظروف الممكنة الأخرى .

اضطراب السلوك المعادي للمجتمع واضطراب في الشخصية : اضطراب السلوك لدى المراهقين يتميز باضطراب الشخصية المعادي للمجتمع من خلال كسر القواعد والمعايير الإضافية والسلوكيات المعادية للمجتمع ، أما الاهتمام الجنسي المحددة بتعريض الأعضاء التناسلية فيجب أن يكون غير موجود .

فى حين أن الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة قد تنطوي على اضطرابات تعاطي الكحول والمواد الأخرى التى تستخدم لمرة واحدة ، ويجب ألا يتم تشخيص حلقات التعرى لدى الأفراد (في حالة سكر) ولا تنطوي على مصلحة جنسية نموذجية في تعريض الأعضاء التناسلية للأشخاص المطمئنين ، وبالتالي لا يتم تشخيصها كذلك من خلال الموقف المتكررة للتعرى والتخيلات الجنسية ، والتى تحث ، على تلك السلوكيات التي تحدث أيضاً عندما يكون الفرد (غير مخمور) وتشير إلى أن اضطراب التعرى قد يكون موجوداً .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

تستند الأمراض المعروفة المصاحبة لاضطراب التعرى إلى حد كبير على البحوث مع الأفراد (أى ما يقرب من جميع الذكور) الذين أدينوا بارتكاب أعمال جنائية تنطوي على التعرض التناسلي من أفراد آخرين . وبالتالي ، قد لا تنطبق هذه الأمراض المصاحبة لجميع هؤلاء الأفراد الذين يتأهلوا للحصول على تشخيص اضطراب التعرى .

وقد تؤدى الظروف التي تحدث مع اضطراب التعرى بمعدلات مرتفعة ، إلى حدوث الاكتئاب ، الهوس الاكتئابي ، والقلق ، مع جوهر استخدام الاضطرابات ؛ مع فرط الرغبة الجنسية ؛ واضطراب الانتباه ؛ واضطرابات التنصت ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع .

اضطراب السحاق Frotteuristic :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F65.81) :

A . وتمتد على مدى (فترة ستة أشهر) على الأقل ، من سلوكيات الشهوة الجنسية المكثفة والمتكررة من لمس أو فرك ضد شخص بغير تراضي ، كما يتضح من التخيلات ، أو السلوكيات المرتبطة بذلك .

B . قد يتصرف الفرد على هذا الحث الجنسي مع شخص آخر بغير تراضي ، أو حث جنسي أو تخيلات تسبب الضيق السريري الهام أو ضعف في المظاهر الاجتماعية ، أو فى المجالات المهنية الهامة ، أو غيرها من الأداءات .

تحديد ما إذا : -

- في البيئة المسيطر عليها : وهذا محدد وينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في السياقات المؤسسية أو غيرها من حيث فرص المس أو فرك ضد الغير بغير التراضي أو بتقييد الشخص .
- في التعافى الكامل : لا يتصرف الفرد على الحث مع شخص بغير التراضي ، مع انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من العمل (لمدة ٥ سنوات) على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير منضبطة .

محددي المواصفات Specifiers :

لا تعالج في العفو والصفح المحدد باستمرار ، أو مع وجود أو عدم وجود دلائل في حد ذاتها ، والتي قد تكون لا تزال موجودة ، أو بعد سلوكيات من الضيق قد يتم تحويلها .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

يمكن لمعايير التشخيص لاضطراب المساحقة أن ينطبق على كل من الأفراد الـذين كشفوا نسبياً عن هذا الشذوذ وبحرية لأولئك الذين ينكرون بشدة أي انجذاب جنسي من لمس فرد بغير بالتراضي ، وبغض النظر عن الأدلة الموضوعية الكـبيرة / وعلـى العكـس من ذلك إذا كانت تقارير الأفراد تكشف عن الضعف النفسي والاجتماعي بسبب الميول الجنـسية الخاصـة بهـم للمـس فـرد بغـير التراضـي ، فإنـه يمكـن تشخيـصه باضـطراب المساحقة .

وفي المقابل ، إذا كانت نتائج معلنة لمحنة (ثبتت بسبب نقص القلق والهـواجس ، والشعور بالذنب ، أو الخجل) حول هذه النبضات من التنـصت غـير المـؤثر في مجـالات أخرى هامة من الأداء بسبب هذا الاهتمام الجنسي ، ولهم تـاريخ نفـسي أو قـانوني مـع تلك الأحداث ، والتي تشير إلى أنها لا تعمل على ذلك ، فإنه يمكن التأكد مـن وجـود الاهتمام الجنسي بالمساحقة ، ولكن لا ينبغي أن يتم تشخيصه باضطراب المساحقة .

تشمل الأفراد غير العاريين ، على سبيل المثال : الأفراد المعروف أنه قـد تم لـمس أو فرك ضد أفراد بغير التراضي ، في مناسبات منفصلة ،ولكن الأفراد الذين يخوضـون مع أي حث أو أوهام بشأن مثل هذا السلوك الجنسي . فهؤلاء الأفراد قد يقرروا بوجود حلقات سابقة ، مـن الـتي تم تحديـدها ، مـن لـمس أو فـرك ضـد فـرد غـير مـستعد ، أو بطريقة غير مقصودة .

والبعض الآخر قد يكشف عن حلقات سابقة من لمس أو فرك ضد الأفراد بغـير بالتراضي لكنه يخوض مع أي مصلحة جنسية بصورة مستمرة . وهؤلاء الأفراد ينكـرون وجود الأوهام أو النبضات عن لمس أو فرك ، وهـم بالتـالي يرفـضون الـشعور بالأسـى أو بالضعف النفسية والاجتماعية .

وعلى الرغم من طبيعة موقف الغير عارين ، فقد يتم تشخيص هؤلاء الأفراد مع اضطراب المساحقة . ويشكل سلوك المساحقة المتكرر على دعـم مرضـي للمتـردد (عـن طريق الوفاء بالمعيارA) والذى يدل بشكل متزامن على أن وراء سلوك التنـصت دوافـع تسبب الأذى للآخرين (من خلال الوفاء بالمعيار B) .

كما تشكل تلك السلوكيات " المتكررة " من لمس أو فرك ضد فرد عنوة (أي مع ضحايا متعددين ، وفى كل مناسبة منفصلة) قد تشكل قاعدة عامة ، وتفسر بثلاث أو بالمزيد من الضحايا في مناسبات منفصلة (فيمكن تفسيرها بأقل ضحايا والتى تلبي معيار B) أما إذا كانت هناك مناسبات متعددة من لمس ضد نفس الشخص غير الراغب ، والمدعم بدليل على وجود اهتمام قوي أو تفضيلي في لمس ضد الأفراد بغير التراضي ، مع ملاحظة وجود ضحايا متعددة / ولكن ليس من الضروري أن تكون كافية لتشخيص الحالة ؛ ويمكن أيضاً أن تتحقق المعايير إذا أقر الفرد بالاهتمام الجنسي المكثف للمساحقة مع وجود ضائقة سريرية مهمة أو مع انخفاض في القيمة الذاتية للفرد .

أما الإطار الزمني ، فيشير إلى أن العلامات يجب أن تستمر (لمدة ستة أشهر) على الأقل ، وينبغي أيضاً تفسيرها كمبدأ توجيهي عام ، وليس كعتبة صارمة ، لتأكيد الاهتمام الجنسي من لمس أو فرك ضد فرد العابر بغير التراضي . وبالتالي ، يمكن أيضاً أن تتحقق المعايير إذا كان هناك دليل واضح على تلك السلوكيات المتكررة أو الشدة المستمرة على مدى فترة زمنية غير قصيرة .

معدل الانتشار Prevalence :

أعمال المساحقة ، بما في ذلك اللمس الجنسي من دون دعوة ضد فرد آخر ، قد تحدث فيما يصل إلى ٣٠ ٪ من الذكور البالغين في عموم السكان . وفيما يقرب من ١٠-١٤٪ من الذكور البالغين والذين ينظر إليهم في التناوب على العيادات الخارجية لعلاج اضطرابات التنصت وفرط الرغبة الجنسية / مع العروض التقديمية التي تلبي معايير تشخيص اضطراب المساحقة . وبالتالي ، إذا كان معدل انتشار اضطراب المساحقة غير معروف ، كما إنه ليس من المحتمل أن يتجاوز العوامل الصحية المحددة .

دورة التنمية Development and Course :

الذكور البالغين الذين يعانون من اضطراب المساحقة غالباً ما يقرروا الاهتمام الجنسي بهم - في خلسة - لمس الأشخاص المطمئنين ، خاصة في أواخر سن المراهقة أو الناشئة مع مرحلة البلوغ . ومع ذلك ، فقد يقوم الأطفال والمراهقين أيضاً بلمس

أو فرك ضد الآخرين - عنوة - في حالة عدم وجود تشخيص لاضطراب المساحقة . ورغم عدم وجود الحد الأدنى لسن (عمر الفرد) مع التشخيص ، ويمكن لاضطراب المساحقة أن يكون من الصعب تمييزه عن سلوك المختلين بسلوكيات (دون الدافع الجنسي) لدى الأفراد الأصغر سناً . الاستمرار المتردد على مر الزمن غير واضح . ومع ذلك فإن اضطراب المساحقة ، قد يتطلب - من خلال التعريف - بواحد أو أكثر من العوامل التي قد تتغير بمرور الوقت (مع / أو بدون) تقديم العلاج المساهم : الاستغاثة الشخصية (على سبيل المثال : الشعور بالذنب والخجل والإحباط الجنسي الشديد ، والشعور بالوحدة)؛ والمرض النفسي ؛ وفرط الرغبة الجنسية ، والاندفاع الجنسي ؛ مع وجود ضعف نفسي ، أو الميل إلى التصرف الجنسي عن طريق لمس أو فرك ضد الأشخاص عنوة .

لذلك ، وبطبيعة الحال ، ومن المرجح أن يختلف اضطراب المساحقة مع تقدم العمر ، وذلك كما هو الحال مع غيرها من الميول الجنسية ، والذى قد يترافق مع تناقص سن الميول الجنسية لتلك السلوكيات الشاذة .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : يرتبط السلوك المعادي للمجتمع بالانشغال بفرط الرغبة الجنسية ، والتى قد تكون من عوامل الخطر غير المحددة ، وذلك على الرغم من أن العلاقة السببية متردد وغير مؤكد ولها خصوصية واضحة . ومع ذلك ، فإن هذا الشرط المسبق ضروري للمساحقة ، ويتصل بعوامل الاضطراب ، مع خطر متردد أيضاً لزيادة معدل اضطراب المساحقة .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين

: Gender-Related Diagnostic Issues

يبدو أن هناك عدد أقل من الإناث إلى حد كبير مع الميول الجنسية للمساحقة / عنه لدى الذكور .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطراب السلوك المعادي للمجتمع واضطراب في الشخصية : اضطراب السلوك لدى المراهقين / يتميز عن اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع من خلال كسر القواعد

والمعايير الإضافية والسلوكيات المعادية للمجتمع ، مع الاهتمام الجنسي المحدد في لمس أو فرك ضد الأفراد ، عنوة .

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة : اضطرابات تعاطي المخدرات ، وخاصة تلك التي تنطوي على المنشطات مثل الكوكايين والأمفيتامينات ، قد تنطوي على حلقات المساحقة ، من قبل حالة سكر لدى الأفراد ، ولكن لا ينبغي أن تنطوي على الاهتمام الجنسي المستمر ، في لمس أو فرك ضد الأشخاص المطمئنين . وبالتالي فإن التخيلات المتكررة تحث على المساحقة الجنسية ، أو عندما تلك السلوكيات التي تحدث عندما لا يكون الفرد مخمورا مع اضطراب المساحقة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

تستند أمراض المصاحبة المعروفة باضطراب المساحقة ، والتي تستند إلى حد كبير على نتائج البحوث بأن الذكور يشتبه في أو الذين أدينوا بارتكاب أعمال جنائية ذات دوافع تنطوي على لمس جنسيا أو فرك ضد فرد غير بالتراضي . وبالتالي ، قد لا تنطبق هذه الأمراض المصاحبة إزاء الأفراد الآخرين مع تشخيص اضطراب المساحقة استنادا على الاستغاثة الشخصية .

أما الظروف التي تحدث مع اضطراب المساحقة فتشمل : فرط الرغبة الجنسية ، واضطرابات التنصت الأخرى ، لا سيما اضطراب التعرى واضطراب المتلصصة . واضطراب السلوك ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات القطبين ، واضطرابات القلق ، واضطرابات تعاطي المخدرات ، وكل ما سبق قد يحدث بصورة مشاركة مع اضطراب المساحقة .

التشخيصات التفريقية المحتملة لاضطراب المساحقة تحدث أحيانا تحت مسمى اضطرابات الحالة المرضية . وبالتالي ، فمن الضروري عموما أن يتم تقييم الأدلة على فوضى المساحقة ولظروف الحالة المرضية المنفصلة .

اضطرابات التلذذ الجنسية Sexual Masochism Disorder ،

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F65.51) :

A . حتى يتم التشخيص ينبغي أن يستمر الاضطراب على مدى (فترة ستة أشهر) متكررة مع الشهوة الجنسية المكثفة من الفعل والإهانة والضرب الملزم ، أو جعله تعاني ، كما يتضح من الأوهام ، التي تحث على تلك السلوكيات .

B . تحث التخيلات الجنسية على السلوكيات التي تسبب ضيق سريري هام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من صنوف الأداء الهام .

تحديد ما إذا كان يتم : مع دخول الفرد في ممارسة تتعلق بتقييد الإثارة وتحقيق الإشباع الجنسي .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : هذا المحدد ينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في السياقات المؤسسية أو غيرها من حيث فرص الانخراط في ماسوشية جنسية ، والتي تقتصر على السلوكيات .

في العفو والصفح الكامل : لم يكن هناك أي ضائقة أو انخفاض في المجالات والمهام الاجتماعية والمهنية ، أو مع غيرها من مجالات العمل لمدة خمس سنوات سابقة أثناء وجوده في بيئة غير منضبطة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تنطبق المعايير التشخيصية لاضطراب الشهوة الجنسية على الأفراد الذين يعترفون - بحرية - إلى وجود مصالح التنصت . وهؤلاء الأفراد قد يعترفوا علنا بالشهوة الجنسية المكثفة من الفعل الذى يتسم بالإهانة والضرب الملزم ، أو غير ذلك من أشكال المعاناة ، والذى يتضح من خلال الأوهام ، التي تحث ، على تلك السلوكيات . وهؤلاء الأفراد قد يقرروا أيضاً الصعوبات النفسية والاجتماعية بسبب عوامل الجذب الجنسي أو تفضيلاته لكونه يتم بالإذلال والضرب الملزم ، أو غير ذلك من أشكال المعاناة ، والتي قد تتم بتشخيص اضطراب الشهوة الجنسي .

وفي المقابل ، إذا كانت هناك أي ضائقة ، والمتمثلة في القلق والهواجس ، والشعور بالذنب ، أو الخجل ، حول التنصت ، مع عدم وجود ما يعرقل سعيهم

لتحقيق أهدافهم الشخصية الأخرى ، فإنه يمكن التأكد من وجود ماسوشية جنسية / ولكن يجب أن لا يتم تشخيص اضطراب مع الشهوة الجنسية .

الإطار الزمني ، يشير إلى أن علامات أو أعراض الشهوة الجنسية يجب أن يستمر لمدة ٦ أشهر على الأقل ، كما ينبغي بألا تكون مجرد عتبة صارمة ، لضمان أن الاهتمام الجنسي في التعرض للإذلال والضرب الملزم ، يجعل الآخر يعاني ، ولا ينظر إليه إلا مجرد حدث عابر . ومع ذلك ، يمكن تشخيص هذا الاضطراب في سياق فترة زمنية متواصلة بوضوح .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

الاستخدام الواسع للمواد الإباحية التي تنطوي على فعل من الإهانة والضرب الملزم ، أو غير ذلك من المعاناة في بعض الأحيان كميزة ترتبط باضطراب الشهوة الجنسية .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار السكان من اضطراب الشهوة الجنسية غير معروف . وقد قدرت في أستراليا بنسبة ٢,٢ ٪ من الذكور و١,٣ ٪ من الإناث قد شاركت في عبودية الانضباط السادي المازوخية ، أو المرتبطة بالهيمنة والخضوع في الأشهر الـ ١٢ السابقة .

دورة التنمية Development and Cours e :

أفادت بأن الأفراد مع المجتمع فى متوسط العمر عند بداية الشهوة تتراوح (ما بين ١٩,٣ سنة) ، وعلى الرغم من تلك الأعمار المبكرة ، بما في ذلك سن البلوغ والطفولة ، إلا أنه تزامن مع ظهور الأوهام الماسوشية ، وذلك لدى القليل جداً مما عرف عنه استمراره أكثر فى الوقت المحدد للتشخيص (أكثر من ٦ شهور) .

ويتطلب تعريف اضطراب الشهوة الجنسية في واحد أو أكثر من العوامل المسهمة فيه ، والتي قد تتغير مع مرور الوقت مع/ أو بدون العلاج . ويشتمل اضطراب الشهوة الجنسية على الضائقة الذاتية (على سبيل المثال : الشعور بالذنب والخجل والإحباط الجنسي الشديد ، والشعور بالوحدة) ، المرض النفسي ، وفرط الرغبة الجنسية والاندفاع الجنسي ، والضعف النفسي والاجتماعي . وبالتالي ، فإن المسار الجنسي من المرجح أن يختلف مع تقدم زمن اضطراب الشهوة . ومن المحتمل أن يكون التقدم في

السن / له نفس الحد من التأثير على الميول الجنسية التي تنطوي على الشهوة الجنسية ، كما يحدث في اضطرابات التنصت الأخرى .

الآثار الوظيفية للاضطراب الشهوة الجنسية :

العواقب الوظيفية من اضطراب الشهوة الجنسية غير معروفة : ومع ذلك ، فإن المستسلمون له معرضون لخطر الوفاة أثناء الممارسة ، أو بالشبق الذاتي ، مع إجراءات أخرى .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

ويمكن للتشخيص التفريقي لاضطراب الشهوة الجنسية بأن يشمل العديد من الظروف وذلك (على سبيل المثال : الشهوة الجنسية ، واضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسية ، وفرط الرغبة الجنسية ، واضطراب الكحول ، واضطرابات استخدام المخدرات) وفي بعض الأحيان قد يوصف باسم تشخيصات الحالة المرضية . وبالتالي ، فمن الضروري أن يتم تقييم اضطراب الشهوة الجنسية ، بعناية وبناءً على الأدلة التشخيصية الأخرى أو مع الاضطرابات النفسية الأخرى كجزء من التشخيص التفريقي .

جنسي الشهوة ، ويتم تشخيصة في غياب الشدة (أي ، بلا اضطراب) ويتم تضمينه أيضاً في الأفراد الذين يجرون مثل هذه السلوكيات ، وقد يكونوا راضين عن ميولهم الماسوشية الشاذه .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

مع الأمراض المصاحبة المعروفة مع اضطراب الشهوة الجنسية التى تستند إلى حد كبير على الأفراد في العلاج من الاضطرابات التي تحدث مع اضطراب الشهوة الجنسية ، والتى عادة ما تتضمن اضطرابات التنصت أخرى ، مثل الشهوة الجنسية .

اضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسية Sexual Sadism Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F65.52) :

A . على مدى (فترة ستة أشهر) على الأقل ، من الأعراض المتكررة للشهوة الجنسية المكثفة من المعاناة النفسية لشخص آخر ، كما يتضح من الأوهام التى تحث ، على تلك السلوكيات .

B . قد يتصرف الفرد مع هـذا الحـث الجنسي مـع آخـر عنـوة ، أو مـع حـث جنسي
أو تخـيلات بـسبب ضـيق سـريرى هـام ، أو ضـعف في المهـام الاجتماعيـة ، والمجالات المهنية الهامة ، أو غيرها من صنوف الأداء .

تحديد ما إذا : -

في البيئة المسيطر عليها : وينطبق في المقام الأول علـى الأفـراد الـذين يعيـشون في السياقات المؤسسية أو غيرها من حيث الفـرص الانخـراط في الـسلوك الجنـسي الـسادي المقيد .

في العفو والصفح الكامل : لا يتصرف الفرد على الحث مع شخص (بالقوة) بغير التراضي ، مع وجود ضائقة أو انخفاض في المجالات الاجتماعيـة والمهنيـة ، أو غيرهـا والمستمرة (لمدة ٥ سنوات) على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير منضبطة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تهـدف المعـايير التشخيـصية لاضـطراب القـسوة المفرطـة (الـسادية) الجنـسية لتطبيقها ، على حد سواء للأفراد الـذين يعترفـون بحريـة بوجـود مثـل هـذه المـصالح / أو لأولئك الذين ينكرون أي مصلحة جنسية في إلحـاق المعانـاة البدنيـة أو النفـسية مـن شخص آخر على الرغم من هدفهم يدل على عكس ذلك .

أما الأفراد الذين يعترفـون علنـا بالاهتمـام الجنـسي الـشديد ، والـذى يـشير إلى المعاناة الجسدية أو النفسية للآخرين والذى ينظر إليه على أنـه " قبـول الأفـراد بـذلك " وإذا كانت هذه التقرير أيضاً تشير إلى الصعوبات النفسية والاجتماعية للأفراد من مناطق الجذب الجنسي بهم أو تفضيلات المعاناة البدنية أو النفسية من شخص آخر ، وقـد يـتم التشخيص مع اضطراب القسوة المفرطـة (الـسادية) الجنـسية . وفي المقابـل ، وإذا أعلـن الأفراد بالاعتراف بأي ضائقة ، والذى يـتم بواسـطة القلـق ، والهـواجس ، والـشعور بالذنب ، أو الخجل ، حول هذه التنصت ، وعدم إعاقتـه في تحقيـق أهـداف أخـرى ، والمبلغ عنها : ذاتية الفرد ، وتاريخه النفسي ، أو القانوني ، والذى يشير إلى أنه لا يستند عليه ، ثم يمكن التأكد من وجود هذه القسوة المفرطة (السادية) الجنسية ، والتى لا تفـي بمفرده بمعايير اضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسية .

أمثلة على الأفراد الذين ينكرون أي مصلحة في المعاناة البدنية أو النفسية من شخص آخر وتشمل الأفراد المعروف عنهم بإلحاق الألم أو المعاناة المتعددة لضحايا في مناسبات منفصلة سابقة ، ومع الذين ينكرون أي حث أو أوهام حول هذه التصرفات والسلوك الجنسي ، والذي قد يزيد من الادعاء بأن الحلقات المعروفة من الاعتداء الجنسي (إما غير مقصود أو لاجنسي) . في حين قد يعترف الآخرون بالحلقات السابقة من السلوك الجنسي الذى ينطوي على إلحاق الألم أو المعاناة على الفرد بغير بالتراضي ولا إبلاغ عن أي إصابات كبيرة أو نتيجة لتلك المعاناة الجسدية أو النفسية من الفرد الآخر .

وقد ينفي هؤلاء وجود أفراد يحثون على الأوهام التي تنطوي على الإثارة الجنسية للألم والمعاناه ، ويترتب على ذلك أنهم ينكرون أيضاً الشعور بالأسى أو الضعف الذاتي الاجتماعي من قبل مثل هذه الدوافع ، والتي يمكن تشخيصها مع هؤلاء الأفراد الذين يعانون من اضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسية ، وذلك على الرغم من سلبية التقرير الذاتي .

ويشكل السلوك المتكرر مصدر دعمهم السريري لوجود الشذوذ من القسوة الجنسية المفرطة (السادية) (من خلال تلبية معيار A) وفي وقت واحد قد يدل ذلك على أن دوافع سلوكهم مع التنصت يسبب استغاثة سريرية هامة ، أو خطر من وقوع ضرر للآخرين (تلبية معيار B) . أما القسوة " المتكررة " المفرطة (السادية) الجنسية التي تنطوي على غير بالتراضي الآخرين (أي ضحايا متعددة ، في كل مناسبة منفصلة) وقد تفسر كقاعدة عامة ، بأن تشتمل على ثلاثة أو أكثر من الضحايا على مناسبات منفصلة . ويمكن تفسيرها مع عدد أقل من الضحايا تلبية لهذا المعيار ، وذلك إذا كان هناك مثيلات متعددة من إلحاق الألم والمعاناة لنفس الضحية ، أو إذا كان هناك أدلة مؤيدة على وجود اهتمام قوي أو تفضيلي في الألم والمعاناة التي تنطوي ضحايا متعددة . ويلاحظ بوجود ضحايا متعددة ، كما اقترح من قبل ، وهي كافية ولكن لا تمثل شرط ضروري للتشخيص ، كما يمكن استيفاء المعايير إذا أقر الفرد الاهتمام الجنسي السادي المكثف .

كما يشار إلى الإطار الزمني ، الذى يشير إلى علامات أو أعراض القسوة المفرطة (السادية) الجنسية والتى يجب أن تستمر (لمدة ٦ أشهر) على الأقل ، وينبغي أيضاً أن تكون مفهومة كمبدأ توجيهي عام ، وليست عتبة صارمة ، لضمان أن الاهتمام الجنسي في إلحاق الألم والمعاناة على الضحايا (بالقوة) ولا تمثل مجرد حدث عابر . ومع ذلك ، فقد يلتقى التشخيص مع فترة طويلة بوضوح ولكن أقصر من سلوكيات القسوة المفرطة (السادية) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

الاستخدام الواسع للمواد الإباحية التي تنطوي على إلحاق الألم والمعاناة في بعض الأحيان ، يمكن أن ترتبط كميزة باضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسية .

معدل انتشار Prevalence :

معدل انتشار اضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسي غير معروف ، ويستند إلى حد كبير على الأفراد في بيئات الطب الشرعي . وذلك اعتماداً على معايير القسوة المفرطة (السادية) الجنسية ، إلا أن معدل الانتشار يختلف على نطاق واسع (من ٢ ٪ إلى ٣٠ ٪) بين أصحاب الجرائم الجنسية المرتكبة مدنيا في الولايات المتحدة وهذه الحالات ، تمثل (أقل من ١٠ ٪) ممن إتبعوا القسوة المفرطة (السادية) الجنسية . وذلك نتيجة دوافع الأفراد الذين ارتكبوا جرائم القتل الجنسية ، أما معدلات القسوة المفرطة (السادية) الجنسية عبر مجموعة اضطرابات فتشكل (من ٣٧٪ إلى ٧٥ ٪) ف الولايات المتحدة .

دورة التنمية Development and Course :

الأفراد مع القسوة المفرطة (السادية) الجنسية في عينات الطب الشرعي هم على وجه الحصر تقريبا من الذكور ، ولكن ذكرت عينة من السكان في أستراليا أن (٢,٢ ٪ من الرجال و١,٣ ٪ من النساء) قد تورطوا في عبودية الانضباط "سادية / مازوخية" ، والمهيمنة في العام السابق .

أما معلومات عن تنمية اضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسية فهى محدودة للغاية ، ذكرت إحدى الدراسات أن الإناث أصبحن على علم بالتوجه السادي لبعض الشباب ، ودراسة أخرى ذكرت أن العمر عند بداية القسوة المفرطة (السادية) في

مجموعة من الذكور بلغ (١٩,٤ سنة) . بينما القسوة المفرطة (السادية) الجنسية في حد ذاته من المحتمل ان يكون سمة مدى الحياة ، وقد يتقلب اضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسية قد تتقلب وفقا لمستوى ودرجة الاستغاثة الذاتية للفرد أو(له / أو لها) الميل إلى إيذاء الآخرين بغير التراضي ، ومن المرجح بأن التقدم في السن قد يكون له نفس التأثير على الحد من هذا الاضطراب كما تم في غيرها مع سلوك التنصت الجنسي .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

يمكن للتشخيص التفريقي أن يفرق بين العديد من الظروف لاضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسية (على سبيل المثال : اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، واضطراب الشهوة الجنسية ، وفرط الرغبة الجنسية ، اضطرابات استخدام مادة) وفي بعض الأحيان قد يحدث أيضاً تشخيصات الحالة المرضية . وبالتالي ، فمن الضروري أن يتم التقييم بعناية كدليل على اضطراب القسوة المفرطة (السادية) الجنسية ، والحفاظ على إمكانية من الأخرى أو الاضطرابات النفسية كجزء من التشخيص التفريقي . وقد تنشط الأغلبية من الأفراد مع شبكات المجتمع التي تمارس القسوة المفرطة (السادية) سلوكيات الشهوة التي لا تعبر عن أي استياء مع المصالح الجنسية ، مع السلوك الذى لن يلتقي مع معايير DSM-5 لاضطراب القسوة الجنسية المفرطة (السادية) . إلا أنه لا يمكن النظر لهذا الاضطراب في التشخيص التفريقي .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

أمراض الاعتلال المشترك ، المصاحبة المعروفة مع اضطراب القسوة الجنسية المفرطة (السادية) تستند إلى حد كبير مع الأفراد (تقريبا جميع الذكور) الذين أدينوا بارتكاب أعمال جنائية تنطوي على أفعال سادية (عنوة) بغير التراضي للضحايا (اغتصاب إجرامى) . وبالتالي ، قد لا تنطبق هذه الأمراض المصاحبة لجميع الأفراد الذين شاركوا في النشاط السادي مع ضحية بغير التراضي لكن قد يؤهلوا للحصول على تشخيص الاضطراب الجنسي مفرط القسوة (السادي) بناء على استغاثة شخصية من الطرف الآخر . أما الاضطرابات التي تشكل حالة مرضية والتى تتم عادة مع اضطراب القسوة المفرطة (السادية الجنسية) والتى تشمل اضطرابات التنصت الأخرى .

اضطراب عشق الأطفال (المحرم شرعاً) **Pedophilic Disorder** ؛

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F65.4) :

A . على مدى (فترة ستة أشهر) على الأقل ، والمتكرر ، بصورة مكثفة مع أوهام الإثارة الجنسية ، أو السلوكيات التي تنطوي على النشاط الجنسي مع الأطفال قبل سن البلوغ أو الأطفال (العمر ١٣ عموما سنة أو أقل) .

B . قد يتصرف الفرد مع هذه الرغبات الجنسية أو التخيلات التى تسبب استغاثة ملحوظة أو صعوبة فى التعامل مع الآخرين .

C . الفرد هنا فى سن ١٦ سنة على الأقل و٥ سنوات على الأقل وفقاً للمعيار(A) .

ملاحظة : لا تشمل الفرد في أواخر مرحلة المراهقة المشارك في الجنسية المستمرة للعلاقة مع ١٢ -١٣ أو البالغ من العمر أكبر من ١٣ عاما .

تحديد ما إذا كان : -

- نوع حصري (ينجذب فقط للأطفال) .
- نوع غير حصري .

تحديد ما إذا : -

- جذب جنسيا للذكور .
- جذبت جنسيا إلى الإناث .
- جذبت جنسيا لكلا النوعين .

تحديد ما إذا : كان يقتصر على زنا المحارم (المحرم شرعاً) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

تهدف المعايير التشخيصية لاضطراب عشق الأطفال - المحرم شرعاً - إلى كشف الأفراد الذين ينكرون الانجذاب الجنسي إلى وقت سابق على بلوغ الأطفال (في سن ١٣ عام سنة أو أقل) ، رغم وجود أدلة موضوعية كبيرة عكس ذلك . وتشمل الأمثلة على الكشف عن هذا الشذوذ إلى الاعتراف بصراحة على الاهتمام الجنسي عند الأطفال والذى يشير إلى أن الاهتمام الجنسي في الأطفال أكبر من أو يساوي الاهتمام الجنسي لدى الأفراد الناضجين جسدياً ، كما يشكوا الأفراد أيضاً بأن عوامل الجذب للأطفال أو تفضيلات ذلك تسبب صعوبات نفسية بالغة ، وقد يتم تشخيص اضطراب عاشق

الأطفال في حالة غياب الشعور بالذنب ، أو العار ، أو القلق حول هذه النبضات ، التي لا تقتصر وظيفيا على دوافعهم على التلصص (وفقا لتقييم موضوعي) ، وقانونيا يشير سجلات تاريخهم بأنهم تصرفوا بناءً على دوافعهم ، ، كما أن هؤلاء الأفراد لديهم ميل جنسي مع اضطراب عاشق الأطفال .

أمثلة على الأفراد الذين ينكرون الجذب للأطفال تشمل الأفراد الذين هم من المعروف أنهم اقتربوا جنسيا للأطفال في مناسبات متعددة ، أو منفصلة ، ولكن الذين ينكرون أي حدوث الأوهام حول هذا السلوك الجنسي والذى ينطوي على الأطفال ، والذي قد يعزز المطالبة بأن الحلقات المعروفة من الاتصال الجسدي كانت جميعا غير مقصودة ، وقد يعترفوا بأن الحلقات السابقة من السلوك الجنسي التي تنطوي على الأطفال ، ولكن ينفوا أي اهتمام جنسي كبير أو مستدام في الأطفال . وهؤلاء الأفراد (المختلين) قد ينكرون خبرات الأوهام التي تنطوي على الأطفال ، وقد لا يعانوا أيضاً الشعور بالأسى الذاتي على أفعالهم النكراء .

وقد لا يزال يتم تشخيص هؤلاء الأفراد الذين يعانون من اضطراب عاشق الأطفال- المحرم شرعاً - وذلك على الرغم من غياب الشدة المبلغ عنها ذاتيا ، شريطة أن تكون هناك أدلة على السلوكيات المتكررة المستمرة لمدة (٦ أشهر) وفقاً للمعيار (A) وقد تكون هناك أدلة على أن هذه التصرفات التى تحدث نتيجة للصعوبات الشخصية كنتيجة للاضطراب (B) .

مع وجود ضحايا متعددة - كما نوقشت أعلاه - لأغراض التشخيص ؛ ويمكن للفرد الذى لم يلب المعيار (A) من مجرد الاعتراف المكثف أو الاهتمام الجنسي لدى الأطفال ، ويشير البند إلى أن العلامات أو أعراض الاعتداء الجنسي على الأطفالاستمرت (لمدة ستة أشهر) أو أكثر ، والمقصود هنا ضمان أن لا تكون حالة شاذة عابرة . ومع ذلك ، فإن التشخيص قد لا يتم إذا كان هناك دليل سريري للاستمرار المستدام من هذا الاضطراب حتى إذا كان مستمر لمدة ٦ أشهر .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

الاستخدام الواسع للمواد الإباحية التي تصور الأطفال قبل سن البلوغ يفيد كمؤشر لتشخيص اضطراب عاشق الأطفال . هذا هو المثال المحدد من الحالة العامة

لدى الأفراد الذين من المرجح أن يختاروا هذا النوع من المواد الإباحية الذي تتوافق مع توجهاتهم الجنسية الشاذة .

معدل انتشار Prevalence :

معدل انتشار السكان من اضطراب عاشق الأطفال غير معروف : أما أعلى نسبة من معدلات انتشار لاضطراب عاشق الأطفال من الذكور هو ما يقرب من ٣ ٪ -٥ ٪ . من عموم السكان ، أما معدل انتشار اضطراب عاشق الأطفال في الإناث ، فهو أكثر غموضا ، ولكن من المرجح أنه يمثل جزء صغير من معدل انتشار المرض لدى الذكور .

دورة التنمية Development and Course :

الذكور البالغين اضطراب عاشق الأطفال - المحرم شرعاً - قد يشير إلى أن يصبحوا على بينة قوية من الاهتمام الجنسي لدى الأطفال في وقت قريب من البلوغ ، وفى نفس الإطار الزمني لدى الذكور الذين يفضلون في وقت لاحق - أزواجاً - ليكونوا ناضجين جسدياً ، وعلى بينة من سلوكهم الجنسي السوى السليم .

كما تتضح إشكالية محاولة تشخيص اضطراب عاشق الأطفال في السن المبكر ، وذلك بسبب صعوبة أثناء نماء المراهقين في التفريق بينه ، وبين الاهتمام الجنسي المناسب للعمر بالنسبة لأقرانه .

وبالتالي ، يتطلب معيار C تشخيص الحد الأدنى للسن عند ١٦ سنة و٥ سنوات على الأقل للأطفال في المعيار (A) فى الاعتداء الجنسي على الأطفال في حد ذاته ، والذى يبدو أنه يمثل شرط مدى الحياة . ومع ذلك فإن اضطراب عاشق الأطفال ، يتضمن بالضرورة العناصر الأخرى التي قد تتغير بمرور الوقت مع أو بدون العلاج مثل:

استغاثة شخصية (على سبيل المثال : الشعور بالذنب والخجل والإحباط الجنسي المكثف ، أو مشاعر العزلة) أو وجود ضعف نفسي ، أو الميل للعمل الجنسي مع الأطفال ، أو كليهما .

وبالتالي ، فإن مسار اضطراب عاشق الأطفال قد تتقلب ، بزيادة ، أو نقصان مع التقدم في السن . أما البالغين الذين يعانون من اضطراب عاشق الأطفال فقد يقرروا بالوعي بالاهتمام الجنسي لدى الأطفال ، والتي قد تسبق الانخراط في السلوك الجنسي الذى ينطوي على الأطفال أو - تحديداً - باعتباره شاذاً جنسيا . أما السن المتقدمة ،

فمن المرجح بأنها تقلل من وتيرة السلوك الجنسي التي ينطوي بالمثل على الأطفال كما يفعل غيره من اضطرابات السلوك الجنسي ، مثل اضطراب التنصت .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

المخاطر المزاجية : يبدو أن هناك تفاعل بين الاعتداء الجنسي على الأطفال وبين العوامل الاجتماعية ، مثل الذكور الذين هم أكثر عرضة لتلك التصرفات ، وبالتالي ، يمكن اعتبار اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع عامل خطر لاضطرابات عاشق الأطفال في الذكور مع الاعتداء الجنسي على الأطفال .

المخاطر البيئية : الذكور البالغين مع الاعتداء الجنسي على الأطفال في كثير من الأحيان قد يكونوا قد تعرضوا للاعتداء الجنسي وهم أطفال . وليس من الواضح ، مع ذلك ، ما إذا كان هذا الارتباط يعكس التأثير السببي للاعتداء الجنسي على الأطفال ، وعلى ممارسة الكبار الجنس مع الأطفال .

المخاطر الجينية والفسيولوجية : الاعتداء الجنسي على الأطفال هو شرط ضروري لاضطراب عاشق الأطفال ، وذلك كعامل يزيد من احتمال استغلال الأطفال جنسيا ، ويزيد أيضاً من خطر اضطراب عاشق الأطفال . وهناك بعض الأدلة على أن اضطراب النمو العصبي في الرحم ، قد يزيد من احتمال تطوير التوجه لاضطراب عاشق الأطفال .

تشخيص القضايا المتصلة بين الجنسين

: Gender-Related Diagnostic Issues

تدابير المختبرات النفسية تجاه الاهتمام الجنسي ، قد تفيد في بعض الأحيان في تشخيص اضطراب عاشق الأطفال في الذكور ، وهي ليست بالضرورة مفيدة في تشخيص هذا الاضطراب لدى الإناث ، حتى عند إجراء مطابقة للإجراءات المماثلة (على سبيل المثال : توفر تخطيط التحجم للقضيب والمهبل photoplethysmography) .

التشخيص التفضلى Diagnostic miarkers :

قد تكون – في بعض الأحيان – تلك التدابير النفسية للاهتمام الجنسي مفيدة عند الفرد ، والتي تُشير عبر التاريخ المرضى الى احتمال وجود اضطراب عاشق الأطفال ، ولكن الفرد ينفي جذب قوي أو تفضيلية للأطفال .

أما البحث الشامل والأطول والأكثر استخداماً من هذه التدابير فهو تخطيط التحجم للقضيب والمهبل ، وعلى الرغم من حساسية وخصوصية التشخيص ، والتى قد تختلف من بلد إلى آخر ، ومع ذلك فإنه باستخدام صور للأشخاص العارية ، أو ملبس الحد الأدنى ، تعد محفزات بصرية ، يمكن أن تستخدم لتشخيص اضطراب عاشق الأطفال ، وخاصة في تركيبة مع تدابير التقرير الذاتى .

أما العاملين في مجال الصحة العقلية في الولايات المتحدة ، فينبغي أن يكونوا على علم بامتلاك مثل هذه المحفزات البصرية ، وحتى فى حالة استخدامها لأغراض التشخيص ، والتى قد تنتهك القانون الأمريكي بشأن حيازة المواد الإباحية عن الأطفال وترك الصحة العقلية المهنية عرضة للملاحقة الجنائية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

أما العديد من الظروف التي يمكن من خلالها إقرار التشخيص التفريقي لاضطراب عاشق الأطفال ، والذى يحدث في بعض الأحيان كما فى تشخيصات الحالة المرضية ، لذا فمن الضروري عموما بأن يتم تقييم الدليل عن اضطراب عاشق الأطفال والظروف الممكنة الأخرى على شكل أسئلة منفصلة .

اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع : ويزيد هذا الاضطراب من احتمال إنجذاب الشخص المريض بهذا الاضطراب أساساً إلى الاقتراب من الطفل ، ومع عدد قليل من المناسبات ، وغالباً ما يظهر الفرد علامات أخرى من اضطراب الشخصية ، مثل كسر القانون المتكرر .

اضطرابات استخدام . الكحول والمواد المخدرة : يجوز لآثار التسممى أيضاً ، أن تزيد من احتمال أن إنجذاب الشخص المريض بهذا الاضطراب أساسا إلى الاقتراب جنسيا من الأطفال .

اضطراب الوسواس القهري : هناك أفراد عرضة للشكوى من الأفكار والمخاوف المرفوضة من الأنا (الذات) عن تلك السلوكيات مع للأطفال ، وعادة ما تكشف المقابلات السريرية عن غياب الأفكار الجنسية عن الأطفال أثناء الحالات العالية من الشهوة الجنسية (على سبيل المثال : تقترب النشوة الجنسية أثناء ممارسة العادة السرية) ،

وأحيانا إضافية أخرى تصبح مرفوضة من الأنا ، وقد تتداخل مع الأفكار الجنسية (على سبيل المثال : القلق بشأن الشذوذ الجنسي) .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

الاعتلال النفسي المشترك من اضطراب عاشق الأطفال يشمل اضطرابات تعاطي المخدرات ؛ واضطراب الاكتئاب ، واضطرابات القطبين ، واضطراب القلق ؛ واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ، واضطرابات التنصت الأخرى . ومع ذلك ، فإن نتائج اضطرابات الحالة المرضية تشمل - إلى حد كبير - الأفراد المدانين بالجرائم الجنسية ، والتي تشمل الأطفال (جميع الذكور تقريبا) وربما لا تكون معممة لغيرهم من الأفراد الذين يعانون من اضطراب عاشق الأطفال (على سبيل المثال : الأفراد الذين لم يسبق لهم الاقتراب من الطفل جنسيا ، ولكن الذين تأهلوا لتشخيص اضطراب عاشق الأطفال على أساس الشدة الذاتية) .

اضطرابات التعبدية Fetishistic Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F65.0) :

A . قد تستمر الاضطرابات على مدى (فترة ستة أشهر) على الأقل ، والمتكررة مع الشهوة الجنسية الشديدة سواء من استخدام الكائنات غير الحية (كائن جماد) أو التركيز المحدد للغاية على جزء من الجسم من غير الأعضاء التناسلية ، ويتضح مع الأوهام ، التي تحث على تلك السلوكيات .

B . تخيلات ، الحث الجنسي ، أو السلوكيات التي تسبب الضيق السريري الهام أو مع ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من الأداء المهم .

C . قد لا تقتصر الكائنات على المواد من الملابس المستعملة ، أو عبر خلع الملابس (كما هو الحال في هذا الاضطراب) أو مع الأجهزة المصممة خصيصا على شكل الجسم عن طريق اللمس والتحفيز (مثل هزاز) .

تحديد : -

- جزء من الجسم .
- كائن غير حي .
- آخر .

تحديد ما إذا : -

في بيئة متحكم بها : وينطبق ذلك في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في السياقات المؤسسية أو غيرها من حيث فرص الانخراط في السلوكيات الجنسية المقيدة الغير تقليدية .

في العفو والصفح : قد يحدث ذلك إذا لم يكن هناك أي ضائقة أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو المناطق الأخرى التي تضطلع بها (لمدة ٥ سنوات) على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير منضبطة .

محدد المواصفات Specifiers :

على الرغم من أن الأفراد الذين يعانون من الاضطراب الجنسي الغير تقليدي قد يقرروا الشهوة الجنسية المكثفة والمتكررة ، وقد تنتقل الشهوة إلى الجماد أو إلى جزء معين من الجسم ، لذا فإنه ليس من غير المألوف وغير الحصرية أن تحدث بشكل متبادل مع كائن جماد . وهكذا فإن الفرد قد يكون مع الاضطراب الجنسي الغير تقليدي أن يرتبط بكائن جماد (على سبيل المثال : أثواب الإناث) أو التركيز الحصري على هيئة جزء مكثف (على سبيل المثال : قدم ، شعر) ، أو اهتمامهم الجنسي الغير تقليدي والذى قد يفي بمعايير توليفات مختلفة من هذه المواصفات المحددة (على سبيل المثال : الجوارب ، والأحذية والقدمين) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

التركيز على اضطراب التنصت الجنسي ، الغير تقليدي الذى ينطوي على الاستخدام المستمر والمتكرر أو الاعتماد على الكائنات غير الحية ، أو التركيز المحدد للغاية على (غير الأعضاء التناسلية) كجزء من الجسم ، كما قد ترتبط العناصر الأساس بالشهوة الجنسية .

(A) . تشخيص الاضطراب الجنسي الغير تقليدي يجب أن يشمل المحنة الشخصية السريرية الهامة ، أو مع ضعف الدور النفسي والاجتماعي .

(B) . تتضمن الكائنات المشتركة النسائية ، مثل الأحذية (ذكرا / أو أنثى) المطاط ، والملابس والجلود ، أو غيرها من الملابس . وأجزاء الجسم المرتبطة للغاية مع الاضطراب الجنسي الغير تقليدي ، وتشمل القدمين وأصابع القدم ، والشعر .

وليس من غير المألوف الجنسي أن تشمل كلا من (كائن جماد) لأجزاء مـن الجـسم (على سـبيل المثـال : الجـوارب والقـدمين القـذرة) ، ولهـذا الـسبب يـستخدم فى تعريف الاضطراب الجنسي الغير تقليدي، والـذى عـادة مـا يـشتمل علـى شـبق اجتزائي (أي التركيز حصرياً على جزء من الجسم) في حدوده المعروفة .

والعديد من الأفراد المحددة حالتهم ، لا يبلغ عنهم بالـضرورة انخفـاض القيمـة السريرية بالتعـاون مـع الـسلوكيات المرتبطـة بمـا يقومـون بـه . وهـؤلاء الأفـراد يمكـن اعتبارهم ، مع وجود (أشكال ، دمية) قد يصنفوا بالاضطراب الجنسي الغير تقليدي . أما التشخيص الجنسي الغـير تقليـدي للاضـطراب فيتطلـب الوفـاء المتـزامن لكـل مـن السلوكيات السريري (في المعيار A) والذى يشير إلى ضائقة كبيرة أو انخفاض في الأداء ، (وفقاً للمعيار B) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص
Associated Features Supporting Diagnosis :

الاضطراب الجنسي الغير تقليدي يمكن أن يكون تجربة متعـددة الحـواس ، بمـا في ذلك عقد ، تذوق ، فرك ، إدراج ، أو شم كائن بينما قد يـتم اسـتمناء ، أو تفـضيل الزوج ارتداء أو استخدام كائن صنم خلال اللقـاءات الجنـسية ، وقـد يكتـسب بعـض الأفراد مجموعات واسعة من (كائن جماد) المطلوب لهذه الغاية .

التنمية والدورة Development and Course :

عادة ما تكون لها بداية خلال فترة البلوغ ، ولكن يمكن تطوير (كائن جمـاد) قبـل المراهقة ، وبمجرد إنشائها ، يحدث الاضطراب الجنسي الغير تقليدي ، والذى يميـل إلى أن يكون مستمراً ، والذي يتقلب في كثافته وتواتر الحث السلوكى .

تشخيص القضايا ذات الصلة الثقافية
Culture-Related Diagnostic Issues :

المعرفة والاعتبار المناسب للجوانب المعيارية من السلوك الجنسي هي عوامل مهمة لاستكشاف الوضع التشخيصى السريري للاضطراب الجنـسي الغـير تقليـدي ، ويتميـز التشخيص السريري من السلوك الجنسي بأنه مقبول اجتماعيا .

تشخيص القضايا المرتبطة بين الجنسين

: Gender-Reiated Diagnostic issues

لم يتم الإبلاغ عن اضطراب منهجي جنسي غير تقليدي لدى الإناث ، حتى فى العينات السريرية ، وتفيد التقارير ، بأن الاضطراب الجنسي الغير تقليدي تقريبا يقع حصريا لدى الذكور .

أما عواقب الاضطراب الجنسي الغير تقليدي مع العاهات النموذجية المرتبطة بالاضطراب الجنسي الغير تقليدي ، فيشمل العجز الجنسي خلال العلاقات الرومانسية المتبادلة ، مع (كائن جماد) أو جزء من الجسم المفضل ، والغير متوفر أثناء المداعبة أو الجماع . ويعاني بعض الأفراد من الاضطراب الجنسي الغير تقليدي ، وقد يفضلوا النشاط الجنسي الانفرادي المرتبط بتفضيل الجنس الغير تقليدي ، حتى في الوقت الذي يتشاركوا في علاقة متبادلة وذات مغزى .

على الرغم من الاضطراب الجنسي الغير تقليدي غير شائع نسبياً / عندما يتم القبض على مرتكبي الجرائم الجنسية من الذكور الذين يعانون من الاضطراب الجنسي الغير تقليدي (الغير شرعى) والمترافق مع السرقة وجمع الأشياء الجنسية الغير تقليدية خاصة ما يرتبط بالرغبة . وتم القبض على هؤلاء المجرمين الذين اتهموا بالسلوكيات الاجنسية المعادية للمجتمع (على سبيل المثال : كسر الأبواب والدخول للسرقة والسطو) التي هي الدافع في المقام الأول لاضطراب الجنسية الغير تقليدية .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

اضطراب التخنث : هو أقرب من تشخيص الاضطراب الجنسي الغير تقليدي ، كما لوحظ في معايير التشخيص ، لا يتم تشخيصها كاضطراب الجنسية الغير تقليدية ، مع (كائن جماد) يقتصر على المواد من خلال الملابس التي يرتديها حصريا ، أو عبر خلع الملابس (كما في اضطراب التخنث) ، أو عندما يكون (كائن جماد) هو المحفز تناسلياً لأنه قد تم تصميمه لهذا الغرض (مثل الهزاز) .

اضطراب الشهوة الجنسية أو اضطرابات التنصت الأخرى : ويمكن أن يشارك (كائن جماد) - الدمى - مع اضطرابات التنصت الأخرى ، وخاصة " السادية / المازوخية " واضطراب التخنث . أو عندما يتخيل فرد أو يشارك " عبر خلع الملابس القسري " أو عن طريق الاتصال الجنسي التي أثارتها الهيمنة أو الإذلال المرتبط بهذا

الخيال المريض ، أو النشاط المتكرر ، والذى يتم به تشخيص اضطراب الشهوة الجنسية .

السلوك الجنسي الغير تقليدي دون اضطراب جنسي : باستخدام (كائن جماد) للشهوة الجنسية دون أي إزعاج ، والذى يرتبط بضعف وهوان النفس ، أو غيرها من نتائج عكسية لن تلبي معايير الاضطراب الجنسية الغير تقليدية ، حيث أن الحد الأدنى المطلوب من قبل لن يتحقق (B) . ويمكن أن تتضمن الرغبة في المداعبة ، والشم ، أو لعق أقدام أو أصابع القدم ، لن يتم تشخيص هذا العنصر الهام من المداعبة مع الاضطراب الجنسي الغير تقليدي ، ولا ما يفضله الفرد من السلوك الجنسي الانفرادي ، الذى يرتبط مع ارتداء الملابس أو الأحذية المطاطية والجلود .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

اضطراب الجنسية الغير تقليدية قد يحدث بصورة مشتركة مع اضطرابات التنصت الآخر ، فضلا عن فرط الرغبة الجنسية ، ونادرا ما يترافق مع الاضطراب الجنسي الغير تقليدي مع الظروف العصبية .

اضطراب الهوية الجنسية Transvestic Disorder :

معايير التشخيص Diagnostic Criteria (F65.1) :

A . وعلى مدى (فترة ستة أشهر) على الأقل ، من السلوك المتكرر ، أو من الشهوة الجنسية المكثفة ، كما يتضح من الأوهام ، التى تحث على تلك السلوكيات .

B . التخيلات ، قد تحث الجنسية ، أو السلوكيات التى تسبب الضيق السريري الهام ، أو تحقق ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من مهام الأداءات المختلفة .

تحديد ما إذا : -

- مع الشهوة الجنسية : إذا أثيرت جنسيا من قبل الأقمشة ، والمواد ، أو الملابس .
- مع الشهوة الغير جنسية : إذا أثيرت جنسيا من خلال أفكار أو صور عن النفس كما الإناث .

تحديد ما إذا : ~

- في بيئة مسيطر عليها : محددة ، وينطبق في المقام الأول على الأفراد الذين يعيشون في السياقات المؤسسية أو غيرها حيث يتم تقييد الفرص عبر اللباس .
- في العفو والصفح : إذا لم يكن هناك أي ضائقة أو انخفاض في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو المناطق الأخرى التي تضطلع بها (لمدة ٥ سنوات) على الأقل أثناء وجوده في بيئة غير منضبطة .

محددي المواصفات Specifiers :

وجود الشهوة الجنسية يقلل / أو يزيد من احتمال اضطراب الهوية الجنسية لدى الرجال مع اضطراب التخنث .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

لا ينطبق تشخيص اضطراب التخنث الشاذ لجميع الأفراد الذين يرتدوا ملابس على عكس الجنس الآخر ، حتى مع أولئك الذين عادة ما يقوموا بذلك . وينطبق الأمر على الأفراد عبر خلع الملابس، والذى دائما أو غالباً ما يترافق مع أفكار عبر خلع الملابس عن طريق الإثارة الجنسية (A) .

ولا مع الذين يشعرون بالأسى العاطفي مع هذا الأسلوب الذى يشعره بأنه يعوق المهام الاجتماعية أو الشخصية (B) . وقد ينطوي خلع الملابس عبر واحد أو اثنين فقط من أنواع الملابس (على سبيل المثال : بالنسبة للرجال ، قد يتعلق فقط على الملابس الداخلية) ، أو أنها قد تنطوي على خلع الملابس تماما في الجنس الآخر و(في الرجال) قد يشمل استخدام الشعر المستعار للمرأة والماكياج . ويقترب اضطراب التخنث حصرا في الذكور . وتتضح الشهوة الجنسية ، في شكل أكثر وضوحا في انتصاب القضيب ، وقد يشارك في مع خلع الملابس بطرق مختلفة .

ويتضح في الذكور الشباب ، عبر خلع الملابس في كثير من الأحيان، ويؤدي إلى ممارسة العادة السرية ، وبعد ذلك تتم إزالته بأي ملابس للإناث . وفي كثير من الأحيان ما يتم مع كبار السن من الذكور تجنب الاستمناء أو القيام بأي شيء لتحفيز القضيب بحيث يتجنب القذف ، بما يسمح لهم لإطالة الدورة عبر خلع الملابس الخاصة بهم .

كما قد يلجأ الذكور مع أزواجهم الإناث أحيانا إلى إكمال الدورة عبر خلع الملابس عن طريق الجماع ، وقد يجدون صعوبة في الحفاظ على انتصاب كاف للجماع دون خلع الملابس (أو التخيلات الخاصة عبر خلع الملابس) .

التقييم السريري بالشدة أو الضعف ، مثل التقييم السريري للشهوة الجنسية ، والتي تعتمد عادة على التقرير الذاتي للفرد . وأسلوب سلوك " تطهير المعدة / والاستحواذ" والذى يدل غالباً على وجود ضيق في الأفراد مع اضطراب التخنث ، وخلال هذا الأسلوب السلوكي للاضطراب ، قد ينفق الفرد قدراً كبيراً من المال على الملابس النسائية والملابس الأخرى (على سبيل المثال : الأحذية ، والشعر المستعار) .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص

: Associated Features Supporting Diagnosis

غالباً ما يترافق اضطراب التخنث الشاذ في الرجال (أي تنصت الذكر للميل إلى الإثارة جنسيا من قبل الفكر أو صورة نفسه كامرأة) . مع الأوهام والسلوكيات التى قد تركز على فكرة العرض الفسيولوجي لوظائف الإناث (على سبيل المثال : الرضاعة ، الطمث) ، والانخراط في السلوك المؤنث (على سبيل المثال : الحياكة) .

معدل انتشار Prevalence :

اضطراب التخنث الشاذ غير معروف : وهو أمر نادر الحدوث في الذكور ، ونادراً للغاية في الإناث لتقرير ، ونسبة الأفراد مع تلك الشهوة الجنسية سيكون حتى أقل من مرة واحدة أو عدة مرات في حياتهم كلها . وغالبية الذكور الذين يعانون من اضطراب التخنث يمكن أن يحدد كما الغيرية ، وذلك على الرغم من أن بعض الأفراد قد يكون لديهم تفاعل جنسي مع الآخرين في بعض الأحيان .

التنمية والدورة Development and Course :

أول علامات اضطراب التخنث الشاذ في الذكور قد تبدأ في مرحلة الطفولة ، في شكل سحر قوي مع عنصر معين من الملابس النسائية . وذلك قبل سن البلوغ ، عبر خلع الملابس تنتج لديهم مشاعر معممة من الإثارة .

ومع الوصول إلى سن البلوغ ، قد يميلوا إلى الملابس النسائية ، وقد يفكر في انتزاع القضيب ، وفي بعض الحالات ، وقد يؤدى ذلك إلى أن يصبح أقل استثارة

جنسية رغم نمو الفرد ؛ وفي نهاية المطاف قد لا ينتج القضيب رد ملحوظ على الإطلاق .

الرغبة عبر اللباس ، في نفس الوقت ، لا تزال هى نفسها ، وقد يبلغ الفرد - بتقريره - عن مثل هذا الانتقاص من الاستجابة الجنسية ، وقد تعود الإثارة الجنسية عبر خلع الملابس، والتى تحل محلها مشاعر الراحة أو الرفاة لدى حالات اضطراب التخنث .

وقد يترافق اضطراب التخنث / مع اضطراب الهوية الجنسية ، والذكور في هذه الحالات ، قد يكون قد يختلفوا عن الآخرين الذين يعانون من اضطراب التخنث في مرحلة المراهقة أو في مرحلة الطفولة المبكرة ، وتتطور الرغبات تدريجيا في البقاء في دور الإناث لفترات أطول مع تأنيث التشريح الطبي بهم . والذى يترافق عادة مع تطوير اضطراب الهوية الجنسية قبل التخفيض (المبلغ عنها ذاتيا) أو القضاء على الشهوة الجنسية .

أما مظهر من مظاهر بسة الجنس الآخر فتبدو في انتصاب القضيب والتحفيز ، مثل مظهر من التنصت الآخر ، وكذلك فى النواحى الجنسية خاصة في مرحلة المراهقة والبلوغ المبكر . أما شدة اضطراب التخنث هو أعلى في مرحلة البلوغ ، ومن المرجح أن الصراع مع الأداء مع محركات التخنث . والتى تبدو فى منتصف العمر ولدى كبار السن من الرجال الذين لديهم تاريخ من بسة الجنس الآخر ، وهم أقل عرضة للاضطراب الحالي مع التخنث الشاذ / عنه مع اضطراب الهوية الجنسية .

العواقب الوظيفية من اضطراب الهوية الجنسية :

يمكن الانخراط في سلوكيات التخنث التى (تتداخل مع / أو تنتقص من) العلاقات الجنسية الغيرية الشاذة ، ويمكن أن يكون مصدرا لاستغاثة الرجال الذين يرغبون في الحفاظ على الزيجات السوية مع النساء .

التشخيص التفاضلى Diagnostic Markers :

اضطراب الجنس الشاذ : هذا الاضطراب قد يشبه اضطراب التخنث ، على وجه الخصوص ، في الرجال الذين يعانون من اضطراب الشهوة الجنسية . أما التمييز بين اضطراب التخنث الشاذ فيعتمد على أفكار محددة للفرد خلال مثل هذا النشاط (على سبيل المثال : هل هناك أي أفكار من كونه امرأة ، ويجري مثل امرأة ، أو يرتدي زي

امرأة ؟) وعلى وجود جمادات أخرى (على سبيل المثال : الأقمشة الحريرية ، سواء تستخدم للملابس الجاهزة أو لشيء آخر) .

اضطراب الهوية الجنسية : الفرد الذى يعانى من اضطراب التخنث قد يبلغ عن التناقض بين جنسه للمختصين ، وقد لا يبدى الرغبة في أن يكون من الجنس الآخر وأنه عادة لم يكن لديه تاريخ منذ الطفولة من تلك السلوكيات المشتركة بين الجنسين ، والتي قد تُسهم فى تقييم الفرد الذى يعانى من اضطراب الهوية الجنسية . أما الأشخاص الذين يعانون من هذا العرض الذي يلبي معايير اضطراب التخنث كما فى دول الاتحاد الأوروبى الغربية فتتاح لهم هناك التشخيصات المطلوبة لتلك الفئات الشاذة .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

كثيراً ما وجدت بسة الجنس الآخر (وبالتالي اضطراب التخنث الشاذ) بالتعاون مع أعراض أخرى مشتركة والذى يحدث في معظم الأحيان هى : الشهوة الجنسية كأحد أشكال الخطورة ، مثل الاختناق بالشبق الذاتي ، والذى يرتبط مع بسة الجنس الآخر في نسبة كبيرة من حالات الوفاة .

اضطراب التنصت المحدد Other Specified Paraphilic Disorder (F65.89) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لاضطراب التنصت ذات السبب الاستغاثة السريرية البالغة أو باعتلال في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من مجالات العمل الهامة التى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات التنصت لفئة التشخيص .

أما فئة اضطراب التنصت الآخر المحدد ، فيستخدم في الحالات التي يختار فيها الطبيب لإيصال سبب محدد للعرض الذى لا يلبي معايير أي اضطراب تنصت محدد . ويتم ذلك عن طريق تسجيل " اضطراب التنصت الآخر المحدد " تليها سبب محدد (على سبيل المثال : الولع بالحيوان) .

أمثلة من العروض المحددة التي يمكن استخدامها " الأخرى المحددة " التعيين والذى لا يقتصر على - تكرار الشهوة الجنسية الشديدة التي تنطوي على الهاتف (مكالمات الهاتف الفاحشة) ، والولع بالحيوان (الحيوانات) ، وهوس (البراز) ، وهوس

(الحقن الشرجية) ، أو اشتهاء (البول) إذا كان حاضرا (لمدة ٦ أشهر) على الأقل ويتميز بأسباب الشدة أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المهام الحاضرة . ويمكن تحديد اضطراب التنصت على النحو المحدد في العفو والصفح أو كما يحدث في البيئة المسيطر عليها .

اضطراب التنصت (F65.9) غير المحدد

Unspecified Paraphilic Disorder :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة لفوضى التنصت ، والتى تسبب الضيق السريري الهام أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو فى مجالات أخرى هامة من الأداء / تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي من اضطرابات التنصت لفئة التشخيص . ويستخدم اضطراب التنصت غير المحدد الفئة في الحالات التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد سبب تلك المعايير التى لم يتم الوفاء بها لاضطراب التنصت المحددة ، وتشمل العروض التي لا توجد فيها معلومات كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

أما الاضطراب العقلي المحدد بسبب شرط طبية آخر (المعيارF) فهو اضطراب عقلي غير محدد بسبب حالة طبية أخرى ؛ والاضطراب العقلي الآخر المحدد ، واضطراب عقلي غير محدد، وتنطبق هذه الفئة على الأعراض المميزة للاضطراب العقلي الذي يسبب ضائقة مهمة سريرياً أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها المهمة ، والتي تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي اضطراب عقلي أخرى في DSM-5. وذلك للاضطرابات النفسية المحددة والأخرى غير المحددة بسبب آخر حالة طبية ، ويجب أن ثبت بأن الاضطراب الذى تسببه الأعراض الفسيولوجية كعرض لحالة طبية أخرى . ومن الضروري ترميز وسرد الشرط الطي الأول (على سبيل المثال : [B20] مرض فيروس نقص المناعة البشرية) ، تليها أخرى اضطراب عقلي محدد أو غير محدد (باستخدام الرمز المناسب) .

الاضطراب العقلى المحدد :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للاضطراب العقلي بسبب حالة طبية أخرى ، والذى يمكن أن يسبب ضيق سريري هام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية

والمهنية ، أو غيرها من الأداء الهام الذى يسود ولكن لا يستوفي المعايير الكاملة لأي اضطراب عقلي محدد ، ولا يعزى إلى آخر شرط طبي .

وهذا الاضطراب العقلي الآخر المحدد بسبب حالة طبية أخرى للفئة التى تستخدم في الحالات التي يختار الطبيب فيها التوصل لسبب محدد لتلك الأعراض ، والتى لا تلبي معايير أي اضطراب عقلي محدد ، ولا يعزى إلى حالة طبية أخرى .

ويتم هذا عن طريق تسجيل اسم الاضطراب ، مع حالة طبية معينة مسببة لإدراجها بدلا من تشخيصها من " حالة طبية أخرى " تتبع من مظاهر أعراض معينة ، ولا تفي بالمعايير الخاصة بأي اضطراب عقلي محدد بسبب حالة طبية أخرى .

وعلاوة على ذلك ، فإن التشخيص يجب أن يتم سرده برمز لحالة طبية معينة مباشرة قبل رمز الاضطراب العقلي الآخر المحددة بسبب حالة طبية أخرى . على سبيل المثال : الأعراض الفصامية يمكن أن يسبب النوبات الجزئية المعقدة ، والتى تكون مشفرة وتسجل بوصفها نوبات جزئية معقدة (F06.8) مثل اضطراب عقلي وأعراض فصامية آخرى محددة نظرا للنوبات الجزئية المعقدة .

مثال على العرض الذي يمكن تحديده باستخدام تعيين ما يلي : -

أعراض فصامي : وتشمل الأعراض التي تحدث ، على سبيل المثال : في سياق النوبات الجزئية المعقدة .

الاضطرابات الطبية الأخرى غير المحددة :
نظرا لحالة IVIedical (F09) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للاضطراب العقلي بسبب حالة طبية أخرى يمكن أن تسبب ضيق سريري هام ، أو ضعف في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو مع غيرها من أداء الهام الذى يسود ولكن لا يستوفي المعايير الكاملة لأي اضطراب نفسي محدد بسبب حالة طبية أخرى .

ويتم استخدام اضطراب عقلي غير محدد بسبب حالة طبية أخرى للفئة التي يختار فيها الطبيب عدم تحديد السبب لأن المعايير لم تستوف تشخيص اضطراب عقلي محدد بسبب حالة طبية أخرى ، أو يشمل معلومات غير كافية لإجراء تشخيص أكثر تحديدا .

ويتم ذلك عن طريق تسجيل اسم اضطراب ، محدد لحالة طبية مسببة له بدلا من إدراجها "كحالة طبية أخرى ." وعلاوة على ذلك ، فيجب أن يتم سرد رمز التشخيص لحالة طبية معينة مباشرة قبل ترميزه باضطراب عقلي غير محدد بسبب حالة طبية أخرى . وعلى سبيل المثال : فإن الأعراض الفصامية بسبب النوبات الجزئية المعقدة تكون مشفرة وتسجل كما (G40.209) أما النوبات الجزئية المعقدة فترمز (F06.9) للاضطراب العقلي غير المحدد بسبب النوبات الجزئية المعقدة .

اضطراب عقلي محدد (F99) :

ينطبق هذا التصنيف على الأعراض المميزة للاضطراب العقلي السريري الذى يسبب استغاثة بالغة أو اعتلال في المجالات الاجتماعية والمهنية ، أو غيرها من المجالات الهامة للعمل التى تسود ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لأي اضطراب عقلي معين . كما يتم استخدام فئة الاضطراب العقلي الآخر المحدد في الحالات التى يختار فيها الطبيب لإيصال سبب محدد للأعراض التى لا تستوفي معايير أي اضطراب عقلي معين ، ويتم ذلك من خلال تسجيل " الأخرى لاضطراب عقلي محدد " والمتبوع بسبب محدد .

اضطرابات الدواء الضارة Medication-Induced Movement Disorders :

آثار الدواء Effects of Medication :

تشمل اضطرابات الحركة التي يسببها الدواء في القسم الثاني بسبب أهميتها المتكررة في ما يلى : -

١. من قبل إدارة الدواء من الاضطرابات النفسية أو غيرها من الظروف الطبية .
٢. التشخيص التفريقي للاضطرابات النفسية (على سبيل المثال : اضطراب القلق الناجم عن تعذر الجلوس ؛ جامود خبيث مقابل متلازمة ذهان خبيثة) .

على الرغم من أن هذه الاضطرابات وصفت حركة" الأدوية المسببة لها " والتى غالباً ما يكون من الصعب تحديد العلاقة السببية بين التعرض للدواء وتطور اضطراب الحركة ، وخاصة لأن بعض هذه اضطرابات تؤثر على الحركة أيضاً في غياب التعرض للدواء .

وعلى الرغم من أن الأدوية المضادة للذهان الأحدث قد تكون أقل عرضة لتتسبب فى بعض اضطرابات الحركة التي يسببها الدواء ،مع تلك الاضطرابات لا تزال تحدث .

وتشمل أدوية الذهان ما يسمى بالأدوية " النموذجية " ، أو الجيل الأول من مضادات الذهان (مثل الكلوربرومازين ، هالوبيريدول ، فلوفينازين)؛ والجيل الثاني لمضادات الذهان (على سبيل المثال : كلوزابين ، ريسبيريدون ، الأولانزابين ، الكيوتيابين)؛ الدوبامين كعقاقير منع مستقبلات الذهان المستخدمة في علاج أعراض مثل الغثيان وخزل المعدة (على سبيل المثال : بروكلوربيرازين ، بروميثازين ، تريميثوبنزاميد ، ميتوكلوبراميد) ، والتي يتم تسويقها باعتبارها مضادات للاكتئاب الناتج عن ذهان الأركنسونية وغيرها من الأدوية المستحثة الأركنسونية (G21.11) والذهان التي تسببها البراكسونية (G21.19) الناتجة عن أدوية البراكسونية[1] الأخرى لهزة الشلل الارتعاشي ، وصلابة العضلات ، وتعذر الحركة (أي فقدان الحركة أو صعوبة بدء حركة) ، أو بطء الحركة (أي تباطؤ حركى) والنامي في غضون بضعة أسابيع من بدء أو زيادة جرعة الدواء (على سبيل المثال : أدوية ذهان) أو بعد الحد من جرعة دواء يستخدم لعلاج أعراض خارج الهرمية .

---

(١) يعتبر داء باركنسون أشيع مرض تنكسي يصيب النوى القاعدية في الدماغ . يتطور المرض بشكل تدريجي أي أن أعراض المريض تسوء مع تقدم الزمن . لقد تم وصف الأعراض الكبرى لداء باركنسون في عام ١٨١٧ من قبل الطبيب الإنكليزي د.جيمس باركنسون James parkinson الذي أطلق على المرض اسم مرض الشلل الرعاشي Shaking Palsy وفي عام ١٩٦٠ تم تحديد التغيرات التشريحية المرضية pathological والتغيرات البيو كيميائية biochemical في الدماغ عند هؤلاء المرضى.

متلازمة الأعصاب الخبيثة Neuroleptic Malignant Syndrome :

(G21.0) متلازمة الأعصاب الخبيثة :

على الرغم من أن متلازمة الذهان الخبيثة تم التعرف عليها بسهولة في تقرير كلاسيكي كامل ، والتي تتشكل غالباً عندما تكون غير متجانسة في البداية ، مع احتمالات تقدم الأعرض ، والنتيجة . مع المميزات السريرية الموضحة أدناه ، والتي تلك تعتبر الأكثر أهمية في جعل التشخيص المتلازم الخبيث للذهان يبنى على توصيات الآراء المتوافقة .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

عموما يتعرض المرضى إلى الدوبامين في غضون ٧٢ ساعة قبل تنمية الأعراض ، فيحدث بعدها مباشرة ارتفاع الحرارة (> ١٠٠,٤ درجة فهرنهايت أو > ٣٨,٠ درجة مئوية في مناسبتين على الأقل ، والتي تقاس عن طريق الفم) ، ويرتبط مع تعرق غزير وافر ، وهو السمة المميزة لذهان المتلازمة الخبيثة ، مع الوضع الذى يميزها عن غيرها من الآثار الجانبية العصبية من مضادات أدوية الذهان .

أما الارتفاعات الشديدة في درجات الحرارة ، فقد يعكس الانهيار الحراري المركزي ، وهم أكثر عرضة لدعم تشخيص متلازمة الذهان الخبيثة ، مثل الصلابة المعممة ، والتي توصف مجازاً بأنها " أنبوب رصاص" في شكله الأكثر حدة ، والذى عادة لا يستجيب لعوامل انتيباركينسونيان (وهو سمة أساس من الاضطراب الذى يترافق مع أعراض عصبية أخرى) وعلى سبيل المثال : الشلل الرعاش ، وتعذر الحركة ، وخلل التوتر ، والرمع العضلي ، والرتة ، وعسر البلع ، وانحلال الربيدات)[1] .

---

(١) انحلال الربيدات وانحلال العضلات المخططة الهيكلية (بالإنجليزية : Rhabdomyolysis) هو - متلازمة سريرية - بيولوجية ناجمة عن انحلال العضلات المخططة أو الربيدات، وما ينتج عن ذلك من تحرر المواد الموجودة بداخلها وانتشارها في الدم والسائل خارج الخلوي . تتفاوت الخطورة بين حالة وأخرى، بين الارتفاع المعزول للكرياتين فوسفوكيناز- Creatine Phosphokinase =

وعادة ما يرتفع الكرياتين إلى ما لا يقل عن أربعة أضعاف الحد الأعلى للطبيعي ، مع حدوث تغيرات في الحالة النفسية ، التي تتميز بالهذيان أو مع تغيير الوعي الذى يتراوح بين الذهول والغيبوبة ، وغالباً ما تكون مؤشراً مبكرا لظهور الحالة .

وقد يظهر الأفراد المتضررين في حالة ذهول وغير مستجيبين ، بما يتفق مع الذهول المشلول ، مع تفعيل السلوك اللاإرادي ، والذى يتجلى بعدم الاستقرار وعدم انتظام دقات القلب عن طريق (معدل > ٢٥ ٪ فوق خط الأساس) ، والتعرق الغزير ، مع ارتفاع ضغط الدم (الانقباضي الانبساطي أو > ٢٥ ٪ فوق خط الأساس) أو تذبذب (> ٢٠ ملم زئبقي أو الانبساطي التغيير > ٢٥ ملم زئبقي التغيير الانقباضي غضون ٢٤ ساعة) ، مع سلس البول ، وشحوب الوجه والذى قد يكون ينظر إليه في أي وقت ولكن بتقديم فكرة مبكرة للتشخيص . كما يتضح ظهور تسرع النفس (معدل > ٥٠ ٪ فوق خط الأساس) شائع ، مع الضائقة التنفسية الناتجة عن التمثيل الغذائي الحامضى ، وفرط الاستقلاب ، وتقييد جدار الصدر ، والالتهاب الرئوي التنفسي ، أو الصمات الرئوية ، والذى يمكن أن يحدث ويؤدي إلى توقف التنفس المفاجئ .

بما في ذلك التحقيق في المختبرات ، لاستبعاد المسببات المعدية والسامة ، والأيض ، والمسببات العصبية والنفسية أو المضاعفات كأمر ضروري (راجع قسم " التشخيص التفاضلي " اللاحق في هذه المناقشة) .

وعلى الرغم من أن العديد من الشذوذ المختبرية التى ترتبط بمتلازمة ذهان الخبيثة ، إلا أن شذوذ واحد هو المحدد للتشخيص . أما الأفراد الذين يعانون من المتلازمة الخبيثة للذهان فقد يكون ناجماً عن زيادة عدد الكريات البيضاء ، الحماض الأيضي ، ونقص الأكسجين ، وانخفاض تركيزات مصل الحديد ، والارتفاعات في مصل إنزيمات العضلات والكاتيكولامينات . وبصفة عامة قد تبدو نتائج تحليل السائل

= CPK إلى ما قد يهدد الحياة بسبب فرط بوتاسيوم الدم والقصور الكلوي الحاد والتخثر المنتشر داخل الأوعية الدموية والاضطرابات الهامة لكهارل الدم.أكثر الأسباب المعروفة هي الانضغاط المديد للأطراف، إلا أنه يجب ألا يغيب عن البال الأسباب الأخرى المتنوعة كعوز بعض الأنزيمات ، والأخماج الشديدة ، والتسممات ، وبعض الأدوية الخافضة للكوليسترول.

النخاعي ودراسات التصوير العصبي بأنها طبيعية ، في حين يظهر تباطؤ المخ المعمم . أما نتائج تشريح الجثث في حالات الوفاة غير المحددة فهي متغيرة ، تبعا لدرجة تلك المضاعفات .

دورة التنمية Development and Course :

تشير أدلة قاعدة بيانات الدراسات بأن معدلات الإصابة لمتلازمة الذهان الخبيثة تصل إلى ٠,٠١ -٠,٠٢ ٪ بين الأفراد الذين يتعاملوا مع التشنجات اللاإرادية . ومع التطور الزماني من العلامات والأعراض التى توفر أدلة مهمة لتشخيص متلازمة الذهان الخبيثة ، مع تغيير في الحالة النفسية والعصبية الأخرى كعلامات - عادة - ما تسبق العلامات النظامية الأساس .

أما بداية ظهور الأعراض فتختلف عبر ساعات إلى أيام من بدء تعاطى المخدرات . وبعض الحالات قد تتطور فى غضون ٢٤ ساعة بعد بدء تعاطى المخدرات ، ومعظمها يحدث فى الأسبوع الأول ، وتقريبا فإن جميع الحالات تحدث خلال ٣٠ يوما . وبمجرد أن يتم تشخيص متلازمة إيقاف العقاقير المضادة للذهان عن طريق الفم ، مع متلازمة الذهان الخبيثة الذاتية والمحدودة في معظم الحالات .

أما وقت الانتعاش بعد التوقف فيعني أن بقاء الأعراض قد يستمر حوالى ٧-١٠ أيا ، مع معظم الأفراد، ويتم التعافى في حدود أسبوع واحد / وكلها مجتمعة تحدث تقريبا في غضون ٣٠ يوما . وقد تبقى لفترة طويلة عندما يتم تورط مضادات الذهان طويل المفعول . وتفيد تقارير من الأفراد بأن العلامات (الأعراض) العصبية المتبقيةاستمرت لأسابيع بعد فرط الاستقلاب (التعاطى) الحاد . وهو ما تم رصده عبر مجموعة من الأعراض التى أمكن الحصول عليها في معظم حالات متلازمة الذهان الخبيثة ، ومع ذلك ، كانت معدلات الوفيات تتراوح بين ١٠ ٪ -٢٠ ٪ . وعلى الرغم من أن العديد من الأفراد قد لا يواجهون تكرار متلازمة الذهان الخبيثة / مع الأدوية المضادة للذهان ، إلا أن البعض الآخر ، قد يلجئوا لأخذ مضادات الذهان بعد حلقة قريبة من تعرضهم له .

المخاطر والعوامل المنذرة Risk and Prognostic Factors :

متلازمة الذهان الخبيثة ، هي من المخاطر المحتملة لدى أي فرد بعد تناول مضادات الذهان بإدارة المخدرات (العقاقير / الأدوية) . والتى هي غير محددة لتشخيص

النواحي العصبية والنفسية ، وربما تحدث لدى الأفراد - دون اضطراب عقلي- والـذين يتلقون مضادات الدوبامين .

العوامل السريرية ، والنظامية ، يرتبط التمثيل الغـذائي بارتفـاع مخـاطر متلازمـة الذهان الخبيثة ، وتشمل التحريض ، والإرهـاق ، والجفـاف ، ونقـص الحديـد . (A) حتى مع وصف الحلقة السابقة المرتبطـة بمـضادات الـذهان في ١٥ ٪ -٢٠ ٪ مـن مؤشـر الحالات ، مما يدل على الضعف الكـامن في بعـض المرضـى ، ولكـن النتـائج الوراثيـة لا تتضح باستمرار بناء على مستقبلات الناقل العصبي ، والتى ترتبط مع ما يقـرب مـن جميع مضادات الدوبامين مع الذهان الخبيث .

وعلى الرغم من أن مضادات الذهان عالية الفاعلية ، إلا أنها تُشكل خطرا أكـبر بالمقارنة مع مضادات الذهان غير التقليدية الأحدث . وقد تترافق أشكال جزئية أو أكثـر اعتدالا وفقا لأحدث مضادات الذهان ، ولكن متلازمة الذهان الخبيثة تختلف في شـدتها حتى مع الأدوية القديمة . ومن مضادات الدوبامين المستخدمة في البيئـات الطبيـة (علـى سبيل المثال : ميتوكلوبراميد ، بروكلوربيرازين) والتى يتم اتخاذهـا عـن طريـق الحقـن ، وقد ترتبط بمعدلات المعايرة السريعة مع أعلى جرعة مخدرات ، والـتى ُتـسهم فى زيـادة الأخطار ، ومع ذلك ، فإن متلازمـة الـذهان الخبيثـة تحـدث عـادة مـع تنـاول الجرعـة العلاجية من مجموعة مضادات الذهان .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

يجب تمييز متلازمة ذلهان الخبيثة عن غيرها من الظروف العصبية الطبية الخطـيرة ، بما في ذلك التهابات الجهاز العصبي المركزي ، أو التهابات المناعة الذاتية ، أو مع حالـة صرعية ، أو نتيجة للآفات الهيكلية تحت قشرية الدماغ ، ومع الظروف النظاميـة (علـى سـبيل المثـال : ورم القـواتم [1] ، الانـسمام الـدرقي ، والكـزاز ، والـسكتة الدماغيـة الحرارة) .

---

(١) ورم القَـــواتِم (phaeochromocytoma) ورم ينـــشأ مـــن الخلايـــا أليفـــة الكـروم chromaffin cells الموجـودة غالبـاً في لـب الكظـر وأحيانـاً مـن العقـد العـصبية الوديـة خـارج الكظـر ، ويفـرز هـذ الـورم كميـات كـبيرة مـن الهرمونـات الكاتيكولامينيـة> ويشكو المريض بشكل رئيـسي مـن ارتفـاع ضـغط الـدم علـي شـكل نوبـات شـديدة (نوبـات=

ويجب تمييز أعراض متلازمة الذهان الخبيثة / عن أعراض مشابهة ناجمة عن استخدام مواد أو أدوية أخرى ، مثل متلازمة السيروتونين ؛ ومتلازمة ارتفاع الحرارة باركسونية (الشلل الرعاش) بعد التوقف المفاجئ لمنبهات الدوبامين ؛ والكحول أو الانسحاب من المهدئات ؛ وارتفاع الحرارة الخبيث التي يحدث أثناء التخدير؛ وارتفاع الحرارة المرتبطة بتعاطي المنشطات والمهلوسات ، والأتروبين التسممى من الكولين .

في حالات نادرة ، قد يعاني الأفراد المصابين بالفصام أو باضطراب المزاج / من تقديم أعراض جامود خبيث ، والذى قد يكون مميزاً عن متلازمة الذهان الخبيثة ، وينظر بعض الخبراء إلى متلازمة الذهان الخبيثة ، على أنها يمكن أن تكون شكلاً من الجامود الخبيث .

التوتر الحاد الناتج عن خلل الأدوية

Medication-Induced Acute Dystonia (G24.02) ؛

والذى يصاحبه انكماش غير طبيعي وطويل من عضلات العينين (نوبة شخوص البصر) ، والرأس ، والرقبة (أو تصعر خلفي) ، للأطراف ، أو الجذع النامي في غضون بضعة أيام من انطلاق أو رفع جرعة من أدوية (الذهان مثلاً) أو بعد تخفيض جرعة من الأدوية المستخدمة لعلاج أعراض هرمية (متدرجة / مرتفعة) أخرى .

أما الشكاوى الشخصية من الأرق ، فكثيراً ما يكون مصحوبا بالحركات المفرطة الملحوظة (على سبيل المثال : حركات عصبية في الساقين ، هزاز من قدم إلى قدم ، بصورة سريعة ، وعدم القدرة على الجلوس أو الوقوف مكتوف الأيدي) ، وقد تتطور في غضون بضعة أسابيع من رفع الجرعة من الدواء (مثل أدوية ذهان) أو بعد تخفيض جرعة من دواء يستخدم لعلاج آخر، أما **الأعراض فهى :** -

---

= ارتفاع ضغط الدم) أو ارتفاع ضغط الدم المستمر (ارتفاع ضغط الدم المستمر في كثير من الأحيان). خلال فترات ارتفاع ضغط الدم يعاني المريض من صداع شديد ، والدوخة والخفقان والتعرق وأعراض أخرى مثل: الجلد الشاحب وزيادة نسبة الجلوكوز في الدم (فرط سكر الدم)، زيادة عدد الكريات البيضاء وفقدان الوزن.

- خلل الحركة المتأخر (G24.01) .
- الحركات أو الرقص الشكلي غير الطوعي (دائم ما لا يقل عن بضعة أسابيع) .
- اللسان ، وانخفاض الوجه والفك ، والأطراف (ولكن في بعض الأحيان ينطوي على البلعوم ، وعضلات الحجاب الحاجز ، أو الجذع) النامي في تكوين الجمعيات مع استخدام دواء الذهان على الأقل لبضعة أشهر .
- الأعراض قد تتطور بعد فترة أقصر من استخدام الدواء لدى كبار السن ، وقد يظهر لدى بعض المرضى ، حركات من هذا النوع بعد التوقف عن استخدام الدواء ، أو بعد تغييره أو تخفيض جرعة أدوية الذهان ، وفي هذه الحالة يسمى حالة ذهان خلل حركة الانسحاب الناشئة عن الانسحاب ، والذى يستمر اقل من ٤-٨ أسابيع ، مع خلل الحركة ، الذى إذا إستمر إلى ما بعد هذا الإطار الزمنى المحدد يتحول إلى خلل الحركة المتأخر .

خلل التوتر المتأخر Tardive Dystonia :

- (G24.09) خلل التوتر المتأخر .
- (G25.71) تعذر الجلوس المتأخر .

متلازمة المتأخر التي تنطوي على أنواع أخرى من مشاكل الحركة ، مثل خلل التوتر أو تعذر الجلوس ، والتي تتميز بظهورها في أواخر مسار العلاج والتى قد تستمر قدرتها من عدة أشهر إلى سنة ، حتى يتم وقف الذهان أو تخفيض الجرعة .

الدواء المستحثة الوضعي الهزة

(G25.1)Medication-Induced Postural Tremor :

رعاش جرامى (عادة في حدود ٨-١٢ هرتز) والذى يحدث أثناء محاولات الحفاظ على الموقف وتطويره بالتعاون مع استخدام الأدوية (على سبيل المثال : الليثيوم ، ومضادات الاكتئاب ، مثل فالبروات) . [1] وهذه الهزة مشابهة جداً للهزة التى تترافق مع أعراض القلق ، والكافيين ، والمنبهات الأخرى .

---

(١) يعمل دواء فالبروات الصوديوم Sodium Valproate كعلاج لحالات نوبات الصرع أو الاختلاجات في الدماغ عن طريق زيادة توفر مادة حمض غاما أمينو=

اضطراب الحركة الناتج عن الأدوية ومن غيرها

Other Medication-Induced Movement Disorder :

اضطراب الحركة الناتج عن الأدوية (G25.79) :

هذه الفئة من اضطرابات الحركة التي يسببها الدواء ولا تستولى عليها أي من الاضطرابات المعينة المذكورة أعلاه . وتشمل الأمثلة : -

1. العروض تشبه ذهان المتلازمة الخبيثة التي ترتبط مع أدوية أخرى من مضادات الذهان .
2. ظروف أخرى متأخرة ناجمة عن الدواء .

متلازمة التوقف المضادة للاكتئاب :

- ✓ (T43.205A) لقاء أولي .
- ✓ (T43.205D) لقاء لاحق .
- ✓ (T43.205S) عقابي .

متلازمة التوقف المضادة للاكتئاب هي مجموعة من الأعراض التي يمكن أن تحدث بعد التوقف المفاجئ (أو تخفيض ملحوظ في جرعة) من الأدوية المضادة للاكتئاب التي كانت تؤخذ بشكل مستمر لمدة شهر على الأقل ، وتبدأ الأعراض عادة (خلال ٢-٤ أيام) وعادة ما تشمل جوانب حسية وجسدية محددة .

وكثيراً ما تشمل الأعراض الحسية الجسدية وومضات "الصدمة كهربائية" تلك الأحاسيس ، من الغثيان ، ، والقلق غير المحدد الذى يعبر عن مشاعر الرهبة . وتخف الأعراض عن طريق إعادة تشغيل نفس الدواء أو مع بدء علاج مختلفة لديها آلية مماثلة لنفس الإجراءات على سبيل المثال : أعراض الانقطاع بعد الانسحاب من السيروتونين ، والذى يمكن أن يخفف مثبطات امتصاصه من خلال البدء بمضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات، والذى قد يؤهل لتأهل لمتلازمة التوقف عن مضادات الاكتئاب ، ولا ينبغي أن تكون الأعراض حاضرة قبل أن يتم تخفيض الجرعة المضادة

- بيوتريك ، والتي تساعد على منع تكوين النوبات، ويتم استعمال فالبروات الصوديوم غالبا مع أدوية أخرى لعلاج داء الصرع (Epilepsy) بعد فشل العلاجات الأخرى .

للاكتئاب ، ولا يمكن أن يفسر بصورة وضح / إذا ترافق مع اضطراب عقلي آخر (مثل نوبة جنون ، التسممي بمادة ، مادة الانسحاب ، واضطراب الأعراض الجسدية) .

المميزات التشخيصية Diagnostic Features :

قد تحدث أعراض التوقف بعد العلاج مع مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (على سبيل المثال : إيميبرامين ، أميتريبتيلين ، ديسيبرامين) ومع مثبطات امتصاص السيروتونين (على سبيل المثال : فلوكستين ، مثبطات باروواكسيتين ، سيرترالين) ، وأوكسيديز أحادي الأمين (وعلى سبيل المثال : فينلزين ، سيليجيلين ، بارغيلين) .

أما حدوث هذه المتلازمة فيعتمد على الجرعة وعلى فترة نصف عمر الأدوية التي يجري اتخاذها ، فضلا عن المعدل الذي يتم تناوله من الدواء . وهناك أدوية قصيرة المفعول ، والتي تتوقف فجأة بدلا من استمرارها بشكل تدريجي ، وقد تشكل أكبر المخاطر على الفرد .

أما امتصاص السيروتونين الانتقائية وقصير المفعول مثل (SSRI) الباروواكسيتين فهو الأكثر شيوعاً وارتبطاً بأعراض الانقطاع ، وقد تحدث مثل هذه الأعراض مع جميع أنواع مضادات الاكتئاب .

على عكس متلازمات الانسحاب المرتبطة بالأفيونيات ، مثل الكحول ، وغيرها من مواد الاعتداء ، أو مع متلازمة توقف الأدوية المضادة للاكتئاب ، فإن الأعراض تميل إلى أن تكون غامضة ومتغيرة وعادة ما تبدأ بعد (2- A) يوم من آخر جرعة من مضادات الاكتئاب . أو مع عقار (LSSRI) وعلى سبيل المثال : باروواكسيتين) ، وتشمل الأعراض مثل الدوخة ، ورنين في الأذنين ، " الصدمات الكهربائية في الرأس ،" وعدم القدرة على النوم ، والقلق الحاد ، وذلك بالتوازى مع استخدام مضادة الاكتئاب قبل التوقف عنه نتيجة للهوس الخفيف أو فرط النشوة (و يجب أن تكون هناك ثقة بأن متلازمة التوقف / ليست نتيجة للتقلبات في استقرار المزاج المرتبط مع العلاج السابق) .

وتستند متلازمة التوقف عن الأدوية المضادة للاكتئاب فقط على العوامل الدوائية ولا علاقة لها بالآثار التي تعزز من مضادات الاكتئاب . أيضاً في حالة من زيادة المنشطات من أدوية مضادات للاكتئاب ، ثم التوقف المفاجئ / فقد يؤدي ذلك إلى

انسحاب أعراض المنشطات (انظر" انسحاب المنشط " في فصل مادة مرتبطة باضطرابات الإدمان) بدلا من متلازمة التوقف عن مضادات الاكتئاب الموصوفة هنا .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار متلازمة الانقطاع عن الأدوية المضادة للاكتئاب غير معروف ، ولكن يعتقد أنها تختلف وفقا لحجم الجرعة قبل التوقف عنها ، وربما يتأثر معدل الفرد – وراثيا – من عملية التمثيل الغذائي لهذا الدواء .

التنمية والدورة Course and Development :

تعانى الدراسات الطولية من نقص معرفى عن الدورة السريرية للاكتئاب ، أو مع متلازمة الانقطاع . وقد تخف الأعراض بمرور الوقت / بالتوازى مع تخفيض الجرعة بصورة تدريجية . أو بعد إعادة ظهور الحلقة ، وقد يفضل بعض الأفراد استئناف الدواء إلى أجل غير مسمى .

التشخيص التفاضلي Differential Diagnosis :

التشخيص التفريقي لمتلازمة التوقف عن مضادات الاكتئاب يشمل : القلق واضطرابات الاكتئاب ، واضطرابات تعاطي المخدرات ، والتسامح مع الأدوية . كما أن أعراض القلق والاضطرابات الاكتئابية تشبه أعراض التوقف في كثير من الأحيان من اضطراب القلق المستمر ، أو مع عودة الأعراض الجسدية للاكتئاب التي تم تشخيصها في بداية تناول الدواء .

الاضطرابات الناجم عن تعاطي المواد المخدرة : يشمل متلازمة التوقف عن مضادات الاكتئاب / إلا أنه يختلف عن مادة انسحاب بما في ذلك مضادات الاكتئاب .

لا يتوفر لدى مدمنى المخدرات دفاعات لحفز آثار البهجة ، والذى عادة ما يتم بزيادة جرعة الدواء دون إذن الطبيب ، ولم يتم استيفاء بعض معايير اضطراب تعاطي المخدرات ، وذلك مثل التسامح مع الأدوية ، كما يمكن أن يحدث التسامح نتيجة توقف الأعراض باعتبارها استجابة فسيولوجية طبيعية لوقف الدواء بعد مدة كبيرة من التعرض له . ويمكن أن تدار معظم الحالات من الأدوية بالتسامح من خلال التحكم التدريجى فى تناوله .

الاعتلال المشترك Comorbidity :

عادة ، ما يعتمد الفرد في البداية على الدواء لمعالجة الاضطراب الاكتئابي ؛ وقد تعود الأعراض الأصلية أثناء توقف المتلازمة .

التأثيرات السلبي أخرى من الأدوية

: Other Adverse Effect of Medication

- (T50.905A) لقاء أولي .
- (T50.905D) لقاء لاحق .
- (T50.905S) عقابي .

هذه الفئة متاحة للاستخدام من قبل الأطباء بصورة إختيارية ، إضافة إلى رمز الآثار الجانبية للدواء (بخلاف أعراض الحركة) أو عندما تصبح هذه الآثار ضارة وتستند على التركيز السريري الرئيس الهام ، وتشمل الأمثلة انخفاض ضغط الدم الشديد ، وعدم انتظام ضربات القلب . .وغيرها .

الشروط الأخرى التي قد تكون محط الاهتمام السريري

: Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention

يتم بمناقشة الإعلام والتوعية تغطية الظروف والمشاكل التي قد تكون محط إهتمام سريري مثير للانتباه ، أو التي قد يؤثر على خلاف ذلك التشخيص ، وبطبيعة الحال ، فإن التشخيص ، أو العلاج من الاضطراب العقلي للمريض يتم من خلال عرض هذه الشروط مع الرموز المقابلة له من ICD-9-CM (عادة برمز V) وICD-I0-CM (رموز عادة Z) . [1]

وهناك شرط أو مشكلة في هذا الفصل قد تكون مشفرة ، وذلك إذا كان سبب الزيارة الحالية يساعد على توضيح الحاجة لإجراء اختبار ، أو اتخاذ إجراءات العلاج .

أما الظروف والمشاكل في هذا الفصل ، فيمكن أيضاً أن تدرج في السجل الطبي كمعلومات مفيدة عن الظروف التي قد تؤثر على الرعاية الطبية للمريض ، بغض النظر عن صلتها بالزيارة الحالية .

---

(١) ICD-CM يشير إلى دليل الأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية ، عبر عدة إصدارات متعاقبة .

أما الظروف والمشاكل المذكورة في هذا الفصل أيضاً من غير الاضطرابات النفسية ، فيمكن إدماجها في الدليل الحالى DSM-5 بهدف لفت الانتباه إلى نطاق من المسائل الإضافية ،والتي قد تكون تم مواجهتها في الممارسة السريرية الروتينية ، مع توفير قائمة منهجية علمية قد تفيد الأطباء في توثيق هذه القضايا .

المشاكل الترابطية Relational Problems :

العلاقات الرئيسة ، وخاصة العلاقات الحميمة داخل النطاق الأسرى ، ورعاية الأطفال ، قد يكون لها تأثير كبير على صحة الأفراد النفسية والعقلية نتيجة لتلك العلاقات السوية . وهذه العلاقات يمكن أن تعزز كذلك مجالات الصحة الوقائية المحايدة / أو الضارة وفقاً لنوعية تلك الممارسات . ، كما أن هذه العلاقات الوثيقة يمكن أن تترافق مع إساءة المعاملة أو الإهمال ، وقد تكون لها عواقب الطبية ونفسية كبيرة بالنسبة للفرد المتضرر ، وقد تتطور تلك المشاكل إلى الحاجة للاهتمام السريرى .

مشاكل ذات صلة لتربية الأسرة

Problems Related to Family Upbringing :

مشكلة الترابط بين الوالدين والطفل

Parent-Child Relational Problem (V61.20) Z62.820 :

يُستخدم الوالد كمصطلح للإشارة إلى واحد من مقدمي الرعاية الأولية للطفل ، والذي قد يكون (لهذه الفئة) أحد الوالدين ، أو بالتبني ، أو قد يكون قريب آخر (مثل الجد) الذي يفي بدور الوالدين للطفل . وينبغي أن تستخدم هذه الفئة عند التركيز على المحور الرئيس للإهتمام السريري ، وذلك لمعالجة نوعية العلاقة بين الوالدين والطفل أو عندما تكون نوعية العلاقة بين الوالدين والطفل هى التي تؤثر بطبيعة الحال على التشخيص ، أو العلاج من الاضطراب الطبي والنفسي أو غيرها . وعادة ما ترتبط تلك العلاقة بين الوالدين والطفل بمشكلة معينة تتصل مع ضعف الأداء في المجالات السلوكية والمعرفية ، أو الوجدانية .

وتشمل أمثلة من تلك المشاكل السلوكية : عدم كفاية الرقابة الأبوية والإشراف والمشاركة مع الطفل؛ والحماية المفرطة من الوالدين؛ والضغط الأبوي المفرط ؛ وقد تتصاعد الحجج إلى التهديد بالعنف الجسدي ، وتجنب حل المشاكل . وقد تتضمن

مشاكل في الإدراك ، صفات سلبية للنوايا من الطرف الآخر ، والعداء وغيرها ، من غير المبرر له من مشاعر الجفاء .

وقد تتضمن مشكلات عاطفية ، ومشاعر الحزن واللامبالاة ، أو الغضب إزاء فرد آخر في تلك العلاقة ، وينبغي للأطباء أن يأخذوا في الاعتبار الاحتياجات التنموية الطفل وفقاً للسياق الثقافي .

مشكلة ترابط الأشقاء V61.8 (Z62.891) Sibling Relational Problem :

ينبغي مع هذه الفئة أن يكون محور الاهتمام السريري هو أسلوب من التفاعل بين الأشقاء الذي يقترن بضعف كبير في أداء الفرد أو الأسرة مع تطور الأعراض في واحد أو أكثر من الأشقاء ، أو عندما تكون العلائقية (العلاقات) بين الأخوة تمثل مشكلة تؤثر بطبيعة الحال على التشخيص ، أو العلاج ، أو مع غيرها من أشكال الاضطراب الطبي ، ويمكن لهذه الفئة يمكن أن تستخدم مع الأطفال أو البالغين ، وذلك إذا كان التركيز على العلاقة الأخوية هو السائد داخل نطاق الأسرة .

مشكلة تنشئة الأطفال بعيدا عن والديهم
V61.8 (Z62.29) Upbringing Away From Parents :

ينبغي مع هذه الفئة أن يستخدم التشخيص عندما يكون هناك تركيز على الاهتمام السريري الرئيس والذى يتعلق بالقضايا ، مثل نشأة طفل بعيدا عن والديه ، أو عندما تؤثر هذه التنشئة المنفصلة - بطبيعة الحال - على التشخيص ، أو عند طلب العلاج من اضطراب عقلي أو طبية آخر . ويمكن أن يكون الطفل (الحالة) تحت وصاية أوضع تحت رعاية الأقارب أو الحضانة . ويمكن للطفل أيضاً أن يكون واحدا من الذين يعيشون في منزل أحد أقاربه أو مع الأصدقاء ، كما تشمل الأطفال الذين يعيشون في منزل جماعى أو دار للأيتام ، وتستثني هذه الفئة من القضايا المتعلقة بالأطفال في المدارس الداخلية (Z59.3) V60.6 .

استغاثة الأطفال المتضررين من علاقة الوالدين Z62.898 (V61.29) :

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما يكون الطفل محور الاهتمام السريري / الناتج عن الآثار السلبية الناتجة عن المشكلات بين الوالدين (على سبيل المثال : مستويات عالية من الصراع ، أو الاستغاثة ، أو انتقاص حقوق الطفل) داخل الأسرة ، بما في ذلك الآثار المترتبة على الاضطرابات النفسية أو الطبية الأخرى للطفل .

مشاكل أخرى ذات صلة لفريق الدعم الابتدائي

: Other Problems Related to Primary Support Group

استغاثة العلاقة مع الزوج V61.10 (Z63.0) :

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما يكون التركيز الرئيسي للاتصال السريرية لمعالجة نوعية العلاقة الحميمة (الزوج أو الزوجة) أو عندما تؤثر نوعية تلك العلاقة - بطبيعة الحال - على التشخيص ، أو العلاج من اضطراب عقلي أو طبي آخر . وعادة ، فإن محنة العلاقة الزوجية قد ترتبط مع ضعف الأداء في المجالات السلوكية والمعرفية ، أو الوجدانية . وعلى سبيل المثال المشاكل السلوكية مثل : اتخاذ القرار ، وصعوبة الصراع ، والانسحاب ، وتورطهم فى مشاكل الإدراك ، والذى يمكن أن يظهر الصفات السلبية المزمنة من النوايا أو من السلوكيات الإيجابية للزوج / الزوجة ، كما تشمل المشاكل العاطفية الحزن المزمن ، واللامبالاة ، أو الغضب المتبادل .

ملاحظة : لا تشمل هذه الفئة اللقاءات السريرية V61.1x (Z69.1x) ولا خدمات الصحة العقلية الزوجية ، أو مشاكل سوء معاملة الزوج Z70.9 (V65.49) المشورة الجنس . (Z63.5) V61.03 أو المشكلات الكبرى داخل الأسرة من قبل الانفصال أو الطلاق ، والتى يمكن أن تؤثر على التشخيص ، أو العلاج الناتج من الدعم النفسى والاجتماعى .

الفجيعة غير المعقدة Z63.4 Uncomplicated Bereavement (V62.82) :

يمكن استخدام هذه الفئة عند محور الاهتمام السريري ، وهو رد فعل طبيعي لوفاة أحد أفراد الأسره ، كجزء من رد فعلهم لهذه الخسارة ، كما أن الأفراد مع بعض الحزن الحالي ، ويظهرون أعراضاً مميزة من حلقة اكتئاب كبرى ، وعلى سبيل المثال : مشاعر من الحزن التى يرتبط بها أعراض مثل الأرق ، وفقدان الشهية ، ونقص الوزن . (وعادة ما يتعلق بالمزاج المكتئب والذى قد يوصف بأنه " طبيعي " وذلك على الرغم من حاجة للفرد القصوى للحصول على مساعدة متخصصة للتخفيف من تلك الأعراض المصاحبة مثل والأرق وفقدان الشهية) . أما مدة التعبير عن " الحالة الطبيعية " فتختلف اختلافا كبيراً بين المجموعات الثقافية المختلفة ، كما أن المزيد من التوجه في الحزن المميز ، قد يتم عبر حلقة اكتئابي ضمن معايير نوبة اكتئاب كبرى .

الإهمال وسوء المعاملة Abuse and Neglect :

سوء المعاملة من قبل أحد أفراد الأسرة (على سبيل المثال : قد تكون من الوالـد / أو الخال مثلاً) أو عن طريق آخرين من غير الأقرباء الذين يمكن أن يكونوا ضـمن مجـال التركيز السريري الحالي ، أوقد يترافق مع سوء المعاملة والتي يمكن أن تكون عاملاً هامـاً في تقييم وعلاج المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية طبية أو غيرها .

وقد تكون بسبب الآثار القانونية المترتبة على سـوء المعاملـة والإهمـال ، وينبغـي توخي الحذر عند تقييم هذه الشروط وإسنادها بالرموز المحددة لها ، مع ضرورة وجود تاريخ سابق للإساءة أو الإهمال الذي يمكن أن يؤثر على التشخيص والاستجابة للعلاج في عدد من تلك الاضطرابات النفسية ، وربما أيضاً مع ما يجدر الإشارة إليه الناتج أثناء عملية التشخيص .

في الأقسام التالية ، بالإضافة إلى قوائم لهذا الحدث مؤكدة أو مشتبه فيها من سوء المعاملة أو الإهمال ، وتقدم رموز أخرى للاستخدام إذا كان لقاء الـسريرية الحاليـة هـو توفير خدمات الصحة العقلية إما ضحية أو مرتكب الإساءة أو الإهمال .

ويرد رمز منفصل أيـضاً لتعـيين تـاريخ الـسابقة مـن سـوء المعاملـة أو الإهمـال . ملاحظة الترميز ICD-I0-CM إساءة المعاملة والإهمال الشروط رمـوز T فقـط ، ينبغـي ترميز حرف ٧ على النحو التالي : -

A (اللقاء الأولي) الاستخدام في حين أن المريض يتلقى علاج فعال الـشرط (علـى سبيل المثال : العلاج الجراحي ، لقاء قسم الطوارئ ، وتقييم والعلاج من قبل الطبيـب الجديد) .

D (لقاء لاحق) الاستخدام لقاءات بعد المريض علاج فعال لهذه الحالة ، وعنـدما كان هو أو هي تلقي الرعاية الروتينية للشرط خلال مرحلة الـشفاء أو الانتعـاش (علـى سبيل المثال : تغيير أو إزالة يلقي ، إزالة جهاز التثبيت الخارجي أو الداخلي ، والتكيف الدواء ، الرعاية اللاحقة الأخرى ، وزيارات المتابعة) .

مشاكل الإهمال وسوء معاملة الطفل

Child Maltreatment and Neglect Problems :

الإساءة الجسدية للأطفال Child Physical Abuse :

الاعتداء الجسدي الطفل أو الأذى الجسدي لطفل تتراوح بين كدمات طفيفة لكسور شديدة أو الوفاة التي تحدث كنتيجة من اللكم والضرب والركل والعض ، والهز ، ورمي ، والطعن ، والخنق ، ضرب (مع يد ، والعصا ، وحزم ، أو كائن آخر) ، حرق ، أو أي طريقة أخرى أن يلحق من قبل أحد الوالدين ، الرعاية ، أو غيرها من الشخص الذي المسؤولية للطفل . ويعتبر هذا الاعتداء إصابة بغض النظر عما إذا كان الرعاية المقصود أن تؤذي الطفل . العقاب البدني ، مثل الضرب أو التجديف ، ليس يعتبر تعاطي طالما أنه هو معقول ويسبب أي إصابات جسدية للطفل .

الإساءة الجسدية للطفل Child Physical Abuse :

- لقاء أولي (T74.12XA)
- لقاء لاحق (T74.12XD)

الإساءة الجسدية للطفل ، تتحدد في :

- لقاء أولي (T76.12XA)
- لقاء لاحق (T76.12XD)

الظروف الأخرى ذات الصلة بالإساءة الجسدية للأطفال :

- (Z69.010) V61.21 لقاء خدمات الصحة النفسية لضحية الاعتداء على الأطفال من قبل الوالدين . (Z69.020) V61.21 لقاء لخدمات الصحة العقلية للطفل ضحية الاعتداء .
- (Z62.810) التاريخ المرضى الشخصي (السابق) من الإيذاء البدني في مرحلة الطفولة (Z69.011) V61.22 لقاء لخدمات الصحة العقلية للطفل من مرتكب الاعتداء .
- (Z69.021) V62.83 لقاء لخدمات الصحة العقلية لمرتكب إساءة معاملة الطفل .

الاعتداء الجنسي على الأطفال Child Sexual Abuse :

يشمل الاعتداء الجنسي على الأطفال أي فعل جنسي ينطوي على الطفل ، يهدف إلى توفير الإشباع الجنسي إلى أحد مقدمي الرعاية ، أو غيرها من الأشخاص الذين يتحملون مسؤولية الطفل . ويشمل الاعتداء الجنسي أنشطة مثل مداعبة الأعضاء التناسلية ، والاختراق ، وزنا المحارم والاغتصاب واللواط ، والتعرض غير اللائق . ويشمل الاعتداء الجنسي أيضاً استغلال الطفل من قبل مقدمي الرعاية ، على سبيل المثال : ما يرتبط بالخداع ، والتحريض ، والتهديد ، أو الضغط على الطفل للمشاركة في أعمال تهدف للإشباع الجنسي من الآخرين ، دون الاتصال المادي المباشر بين الطفل والشخص المعتدي .

الاعتداء الجنسي على الأطفال ، مؤكد يؤدى إلى : -

- (T74.22XA) لقاء أولي
- (T74.22XD) لقاء لاحق

الاشتباه في اعتداء جنسي على الأطفال :

- (T76.22XA) لقاء أولي
- (T76.22XD) لقاء لاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بالاعتداء الجنسي على الأطفال :

- Z69.010 (V61.21) لقاء لخدمات الصحة النفسية لضحية الاعتداء الجنسي على الأطفال من قبل الوالدين .
- Z69.020 (V61.21) لقاء خدمات الصحة العقلية للطفل ضحية العنف الجنسي .
- (Z62.810) التاريخ المرضى الشخصي (التاريخ المرضى السابق) للاعتداء الجنسي في مرحلة الطفولة .
- Z69.011 (V61.22) لقاء لخدمات الصحة العقلية للطفل المرتكبة من قبل الوالدين .
- العنف الجنسي Z69.021 (V62.83) لقاء لخدمات الصحة العقلية للاعتداء الجنسي على الأطفال .

إهمال الطفل Child Neglect :

يعرف إهمال الطفل بأنه أي فعل فاضح مؤكد أو مشتبه فيه أو إغفال من قبل أم الطفل أو مقدم الرعاية الأخرى ، أو عند حرمان الطفل من الاحتياجات المناسبة للفئة لعمرية الأساس ، وبالتالي ما يترتب على تلك النتائج ، أو مما يمكن أن يؤدى إلى الأذى الجسدي أو النفسي للطفل . ويشمل إهمال الأطفال كذلك ، التخلي وعدم وجود الإشراف المناسب ، وعدم تلبية الاحتياجات العاطفية أو النفسية اللازمة ، وعدم توفير ما يلزم من التعليم والرعاية الطبية والغذاء والمأوى والملابس .

الظروف الأخرى ذات الصلة إلى إهمال الطفل : -

- Z69.010 (V61.21) لقاء لخدمات الصحة النفسية الناتجة عن إهمال الأطفال .
- Z69.020 (V61.21) لقاء لخدمات الصحة العقلية للطفل الضحية .
- إهمال (Z62.812) التاريخ المرضى الشخصي (التاريخ المرضى السابق) من الإهمال في مرحلة الطفولة .
- Z69.011 (V61.22) لقاء لخدمات الصحة العقلية للطفل / الناتج عن إهمال الوالدين
- إهمال(V62.83) الخدمات الصحة العقلية لمرتكب (الأسرة) إهمال الأطفال

إساءة النفسية لمعاملة الأطفال Child Psychological Abuse :

الإيذاء النفسي الطفل بالأفعال اللفظية أو الرمزية غير العرضية من قبل والدي الطفل ، أو مقدمى تلك الرعاية ، أو ممن لديهم القدرة على إلحاق ضرر نفسى كبير للطفل (ولا تشمل الأفعال الجسدية والجنسية المسيئة في هذه الفئة) أما أمثلة من الإيذاء النفسي للطفل فتشمل التوبيخ ، والحط من قدره ، أو إهانة الطفل ؛ أو تهديده بالإيذاء أو التخلي عنه ، بما يُسهم فى إلحاق الضرر المزعوم بالطفل / وبإحساسه بتخلي الناس عنه ، أو بالأشياء التي يهتم بها الطفل من حوله ؛ أو حصر وتقييد الأطفال (عن طريق ربط ذراعي الطفل أو الساقين معا أو حبس الطفل في منطقة صغيرة محاطة [على سبيل المثال : خزانة] ؛ أو جعله كبش فداء لفضح الطفل ؛ أو إجبار الطفل لإلحاق الألم على

(نفسه / أو نفسها) وتأديب الطفل بالضرب المفرط (أو بتردد عالي جداً ولمدة طويلة ، وحتى إن لم يكن في مستوى الاعتداء الجسدي) وذلك من خلال استخدام وسائل مادية أو غير مادية .

إساءة معاملة الأطفال النفسية ، وفقاً لكل من : -

- ✓ اللقاء الأولي (T74.32XA)
- ✓ اللقاء اللاحق (T74.32XD)

الظروف الأخرى ذات الصلة لإساءة معاملة الأطفال النفسية :

- ✓ Z69.010 (V61.21) لقاء لخدمات الصحة النفسية للطفل للضحية ، وسوء المعاملة من قبل الوالدين .
- ✓ Z69.020 (V61.21) لقاء لخدمات الصحة العقلية للطفل الضحية غير العرضي .
- ✓ الإيذاء النفسي (Z62.811) التاريخ المرضى الشخصي (التاريخ المرضى السابق) من الإيذاء النفسي في مرحلة الطفولة .
- ✓ Z69.011 (V61.22) لقاء لخدمات الصحة العقلية للطفل من الوالدين .
- ✓ الإيذاء النفسي Z69.021 (V62.83) لقاء لخدمات الصحة العقلية المقدمة بصورة غير عرضية .

مشاكل الاهمال وسوء معاملة الكبار

: Adult Maltreatment and Neglect Problems

▪ **عنف الزوج المادي Partner Violence :**

وينبغي أن تستخدم هذه الفئة مع الأفعال غير العرضية التي تتسم بالقوة البدنية (الإيذاء البدني) ، أو أن حتى لو كان محتملاً أو معقولاً ، بما يمكن أن يؤدي إلى الأذى الجسدي لزوج حيم ،أو ما قد يثير الخوف ، أو ما حدث خلال العام السابق من أعمال غير عرضية وتشمل / القوة والتدافع ، والصفع ، وشد الشعر ، ورمي الأشياء ، والعض والركل والضرب بقبضة اليد ، والحرق ، والتسمم ، واستخدام القوة ، ومحاولة الخنق ، أو استخدام سلاح .

عنف الزوج المادي ، في كل من : -

- ▪ (لقاء أولي T74.11XA)
- ▪ لقاء لاحق (T74.11XD)

عنف الزوج ، الجسدي :

- لقاء أولي (T76.11XA)
- لقاء لاحق (T76.11XD)

الظروف الأخرى ذات الصلة الزوج أو الزوج العنف ، المادي : -

- ✓ (Z69.11) V61.11 لقاء خدمات الصحة النفسية للضحية (للزوج/ أو عنف الزوج الجسدى) .
- ✓ (Z91.410) التاريخ المرضى الشخصي (التاريخ المرضى السابق) من الزوج/ أو الزوجة مع العنف ، الجسدي .
- ✓ (Z69.12) V61.12 لقاء لخدمات الصحة العقلية لمرتكب أو عنف الزوجى والجسدي، والذى ينبغي أن يستخدم هذه الفئة قسريا أو بالإكراه لأفعال جنسية داخل نطاق الزواج .

أو الإكراه النفسي لإجبار الزوج على الدخول في الفعل الجنسي ضد (له / أو لها) سواء كانت أو لم يتم الانتهاء من العمل .

الزوج أو العنف الجنسي : -

- o (T74.21 XA) لقاء أولي
- o (T74.21XD) لقاء لاحق

الزوج أو العنف الجنسي :

- o (T76.21 XA) لقاء أولي
- o (T76.21XD) لقاء لاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بالزوج ، أو العنف الجنسي :

- o (Z69.81) V61.11 لقاء خدمات الصحة النفسية للضحية (الزوج / أو الزوجة) أو العنف الجنسي :
- o (Z91.410) التاريخ المرضى الشخصي (التاريخ المرضى السابق) من الزوج والعنف الجنسي .
- o (Z69.12) V61.12لقاء لخدمات الصحة العقلية للمرتكب أو عنف الزوج والجنسي .

إهمال الزوج (هو /هي) :

إهمال الزوج هو أي فعل أو امتناع عن فعل فاضح في العام السابق من قبل حرمان الزوج من الاحتياجات الأساس ، وبالتالي النتائج ، مع توفر إمكانات معقولة يمكن أن تؤدي إلى الأذى الجسدي أو النفسي للزوج . ويتم استخدام هذه الفئة للزوج الذي غير القادر على الرعاية الذاتية نظرا لجوهرية جسدية ونفسية أو فكرية ، أو نتيجة للقيود الثقافية (على سبيل المثال : عدم القدرة على التواصل مع الآخرين أو إدارة الحياة اليومية ، أو مع الأنشطة المختلفة ، بسبب معيشتهم في ثقافة أجنبية مختلفة) .

الزوج أو الإهمال الزوج ، وأكد : -

- (T74.01 XA) لقاء أولي
- (T74.01 XD) لقاء لاحق

الزوج أوالزوج الإهمال ويشتبه :

- (T76.01 XA) لقاء أولي
- (T76.01XD) لقاء لاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بالزوج :

- Z69.11 (V61.11) لقاء لخدمات الصحة النفسية للضحية الزوج ، أو إهمال الزوج .
- Z91.412 (V15.42)التاريخ المرضى الشخصي (التاريخ المرضى السابق) من الزوج أو إهمال الزوج .
- Z69.12 (V61.12) لقاء لخدمات الصحة العقلية لمرتكب الفعل للزوج أو إهمال الزوج .

سوء معاملة زوج الأم النفسية

: Spouse or Partner Abuse, Psychological

يشمل الإيذاء النفسي للزوج الأفعال اللفظية أو الرمزية غير العرضية من جانب واحد ، والذى تتوافر (لديه / لديها) إمكانات معقولة يمكن أن تسفر في إلحاق ضرر جسيم على الآخر .

وينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يحدث هذا الإيذاء النفسي خلال العام السابق . وتشمل أعمال الإيذاء النفسي توجيه اللوم أو إذلال الضحية ؛ استجواب

الضحية ؛ عرقلة الضحية للحصول على المساعدة (على سبيل المثال : إنفاذ القانون ، والموارد القانونية الواقية ، أو الطبية)؛ تهديد الضحية مع الأذى الجسدي أو الاعتداء ؛ الإضرار ، أو التهديد بالضرر ؛ وفرض قيود لا مبرر لها من وصول الضحية أو استخدام الموارد المادية المتاحة ؛ وعزل الضحية عن الأسرة والأصدقاء ، أو الدعم الاجتماعي ؛ ومطاردة الضحية ، ومحاولة جعل الضحية تعتقد (أنه / أو أنها) مجنونة .

الزوج أو سوء معاملة الزوج ، النفسية ، وأكد : -

- (T74.31 XA) لقاء أولي
- (XD) لقاء لاحق

الزوج أو الإساءة ، النفسية :

- (T76.31 XA) لقاء أولي
- (T76.31XD) لقاء لاحق

الظروف الأخرى ذات الصلة بالزوج أو سوء معاملة الزوج ، النفسية :

- Z69.11 (V61.11) لقاء لخدمات الصحة النفسية للضحية (الزوج / أو الزوج) الإيذاء النفسي .
- Z91.411 (V15.42) التاريخ المرضى الشخصي (التاريخ المرضى السابق) من الزوج أو الزوج للإيذاء النفسي .
- Z69.12 (V61.12) لقاء لخدمات الصحة العقلية لمرتكب الإيذاء النفسي .

المشاكل التعليمية والمهنية

: Educational and Occupational Problems

مشاكل تعليمية Educational Problems :

مشكلة تربية أو الأكاديمي Z55.9 (V62.3) ،

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عند مواجهة مشكلة أكاديمية أو تعليمية كمحور اهتمام سريري أو له تأثير على تشخيص الفرد ، والعلاج ، أو التكهن به . وتشمل المشاكل التي يتعين النظر فيها الأمية أو محو الأمية على مستوى منخفض ، ونقص فرص الحصول على التعليم نظرا لوجود مشاكل مع الأداء الأكاديمي (على سبيل المثال : فشل

في الامتحانات المدرسية ، وتلقي علامات الرسوب أو الدرجات) أو التحصيل (أو ما يمكن توقعه نظرا قدرة الفرد الفكرية)؛ والخلاف مع المعلمين والعاملين في المدرسة ، أو الطلاب الآخرين ، أو أية مشاكل أخرى تتعلق بالتعليم ومحو الأمية .

المشاكل المهنية V62.21 Occupational Problems (Z56.82) :

مشكلة تتعلق بالحالة الحالية بمعدل الانتشار، وينبغي أن تستخدم هذه الفئة مع مشكلة مهنية مرتبطة مباشرة بحالة الفرد كمحور للاهتمام السريري ، أو مما قد يكون له تأثير على التشخيص والعلاج .

أما ردود الفعل النفسية للنشر وغير المدرجة في هذه الفئة ، وفقاً لهذه التفاعلات كأفضل تعديل للاضطراب ، أو لاضطراب عقلي آخر .

(V62.29 (Z56.9 أما تشخيص مشكلة أخرى ذات صلة بهذه الفئة ، فينبغي أن يستخدم عند ظهور مشكلة مهنية محط اهتمام سريري ، أو له تأثير على علاج الفرد أو التكهن . أما المناطق التي يتعين النظر فيها فتشمل المشاكل مع العمل أو في بيئة العمل ، بما في ذلك البطالة ؛ أو التهديد من فقدان الوظيفة ؛ وعدم الرضا الوظيفي ؛ جدول العمل المجهد ؛ وعدم اليقين بشأن الخيارات الوظيفية ؛ والتحرش الجنسي في العمل ؛ والخلافات الأخرى مع رئيسه ، وزملاء العمل ، أو غيرهم في بيئة العمل ، والعمل غير المناسب أو المعادي للبيئات ؛ والضغوطات النفسية والاجتماعية الأخرى المتعلقة بالعمل ، وأية مشاكل أخرى ذات الصلة بمجال العمل .

المشاكل الإسكانية والاقتصادية Housing and Economic Problems :

مشاكل الإسكان Housing Problems :

مشاكل التشرد الإسكاني Z59.0 (V60.0) :

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عند عدم وجود مسكن عادي أو أماكن معيشة لها تأثير على علاج الفرد أو التكهن به . وقد يكون الفرد بلا مأوى إذا سكن الليل (له / أو لها) أن يصبحوا مشردين ، ويتخذوا ملجأ ، أو مأوى ، أو مساحة عامة (على سبيل المثال : نفق ، محطة نقل ، أسفل كوبرى) ، مبنى غير مقصود للاستخدام السكني (على سبيل المثال بناء المهجور ، مصنع غير مستخدم) ، أو بعض المخصص لحالة إسكان أخرى .

Z59.1 (V60.1) كما ينبغي اتخاذ عدم كفاية الإسكان لهذه الفئة وأن تستخدم عند عدم وجود سكن ملائم له تأثير على الفرد / وعلى العلاج أو التشخيص .

أما الأمثلة من ظروف السكن غير الملائم فتشمل وجود (درجات الحرارة الباردة) أو الكهرباء ، والإصابة عن طريق الحشرات أو القوارض ، وعدم كفاية المرحاض ، والسباكة وعوامل الاكتظاظ ، وعدم وجود مساحة كافية للنوم ، والضوضاء المفرطة .

ومن المهم النظر في المعايير الثقافية قبل تعيين تلك الفئات :

Z59.2 (V60.89) الخلاف مع الجار ، أو المستأجر ، أو المالك / وهذه الفئة ينبغي أن تستخدم عند الخلاف مع الجيران ، والنزلاء ، أو المالك كما يتم التركيز على الانتباه السريري أو التأثير على علاج الفرد أو التكهن به .

Z59.3 (V60.6) أما المشكلة التي تتعلق بالعيش في مؤسسة سكنية ، فينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يتم مواجهة مشكلة (أو مشكلات) متعلقة بمن يعيشون في مؤسسات سكنية ، ويمكن أن تكون محور للاهتمام السريري أو ذات تأثير على علاج الفرد أو التكهن به . خاصة إذا كانت غير مدرجة كردود الفعل النفسية إلى تغيير الوضع المعيشي لهذه الفئة ؛ كما أن مثل هذه التفاعلات يتم تشخيصها على نحو أفضل بوصفها باضطراب التكيف .

المشاكل الاقتصادية Economic Problems :

- Z59.4 (V60.2) عدم وجود الغذاء الكافي أو المياه الصالحة للشرب .
- Z59.5 (V60.2) الفقر المدقع .
- Z59.6 (V60.2) الدخل المنخفض .
- Z59.7 (V60.2) عدم كفاية التأمين الاجتماعي أو دعم الرعاية الاجتماعية .

وينبغي أن تستخدم هذه الفئة للأفراد الذين يستوفون معايير الأهلية للحصول على الرعاية الاجتماعية أو عدم تلقي مثل هذا الدعم ، الذين يحصلون على الدعم غير الكافي لتلبية احتياجاتهم ، أو الذين يفتقرون إلى خلاف ذلك ، بالحصول على التأمين اللازم أو لبرامج الدعم . وتشمل الأمثلة عدم القدرة على التأهل لدعم الرعاية الاجتماعية نظرا لعدم وجود وثائق سليمة ، أو أدلة عن عنوان الفرد ، أو عدم القدرة

على الحصول على التأمين الصحي الكافي ، أو نتيجة لحالة موجودة من قبل ، أو الحرمان من الدعم نظراً للصرامة المفرطة ، أو غيرها من المتطلبات .

Z59.9 (V60.9) ينبغى أن تستخدم مشكلة الإسكان الاقتصادي غير المحدد لهذه الفئة عندما يكون هناك مشكلة تتعلق بالسكن أو الظروف الاقتصادية بخلاف ما هو محدد أعلاه .

مشاكل أخرى ذات صلة بالبيئة الاجتماعية

Other Problems Related to the Social Enviroriment ،

مشكلة مرحلية من الحياة Z60.0 (V62.89) Phase of Life Problem :

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما توجد مشكلة في التكيف مع التحول فى دورة الحياة (المعينة مع مرحلة التطوير الذاتى للفرد) وهى مشكلة تمثل محور الاهتمام السريري أو لها تأثير على علاج الفرد أو تشخيصه . وتشمل الأمثلة على هذه التحولات التدخلات المجتمعية والأسرية ، أو عقب الانتهاء من المدرسة ، وترك السيطرة الأبوية ، والزواج ، بدء مهنة جديدة ، ومشكلات المتقاعدين .

Z60.2 (V60.3) والتى تختص بالمشكلات التى تتعلق بالعيش وحيداً ، وتتصل هذه الفئات بمحور الاهتمام السريري ، مما قد يؤثر على علاج الفرد أو التكهن به . أما الأمثلة على ذلك فتشمل المشاكل المزمنة ، والشعور بالوحدة والعزلة ، وعدم وجود هيكل (جسد قوى) قادر على تنفيذ أنشطة الحياة اليومية (مثل ، وجبة غير نظامية ، ومواعيد النوم غير المتناسقة مع أداء الأعمال المنزلية العادية) .

Z60.3 (V62.4) أما التثاقف فينبغي أن يستخدم مع الصعوبات التى تواجهها هذه الفئة عندما تواجه صعوبة في التكيف مع ثقافة جديدة (على سبيل المثال : في أعقاب الهجرة) والتى تُعد محور الاهتمام السريري أو مما له تأثير قوى على علاج الفرد أو التكهن به .

Z60.4 (V62.4) ويشير هذا التشخيص إلى الاستبعاد الاجتماعي أو الرفض الاجتماعى / وهذه الفئة ينبغي أن يستخدم تشخيصها عندما يكون هناك خلل في توازن القوى والمهام الاجتماعية مثل الاستبعاد الاجتماعي المتكررة أو الرفض من قبل الآخرين . أما أمثلة من الرفض الاجتماعي فتشمل البلطجة ، الإغاظة ، والترهيب من قبل الآخرين ؛ أو استهدافهم من قبل الآخرين للإساءة اللفظية ، والذل ، والاستبعاد

العمدى من أنشطة الأقران ، والزملاء ، أو الموجه من قبل الآخرين في بيئة اجتماعية واحدة .

Z60.5 (V62.4) الهدف من تميز الاضطهاد الضار ، وينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما ينظر إليها من ذوي الخبرة من حيث التمييز ضد - أو اضطهاد - الفرد على أساس أن (له / أو لها) عضوية (أو عضوية متصورة) لدى فئة معينة . والتى عادة ، ما تشمل هذه الفئات بين الجنسين / فى الدين الهوية والعرق والميول المختلفة ، وبلد المنشأ ، أو إعاقة الوضع ، والطائفة ، والحالة الاجتماعية ، والوزن ، والمظهر المادي والاجتماعى .

Z60.9 (V62.9) كما يشار إلى المشكلة الغير محددة ذات الصلة بالبيئة الاجتماعية ، وهذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما تكون هناك مشكلة تتعلق بالبيئة الاجتماعية للفرد بخلاف ما هو محدد أعلاه .

المشاكل ذات الصلة بالجريمة التفاعل مع النظام القانوني : -

With the Legal System Problems Related to Crime or Interaction

- Z65.4 (V62.89) ضحية الإجرام .
- Z65.0 (V62.5) الإدانة في الدعاوى المدنية أو الجنائية دون السجن .
- Z65.1 (V62.5) السجن أو حبس آخر .
- Z65.2 (V62.5) المشاكل المتعلقة بخروجه من السجن .
- Z65.3 (V62.5) المشاكل المتعلقة بالظروف القانونية الأخرى .

لقاءات الخدمات الصحية الأخرى للنصائح والمشورة الطبية :

Counseling and Medical Other Health Service Encounters for Advice

الإرشاد الجنسىZ70.9 (Sex Counseling V65.49) :

هذه الفئة ينبغي أن تستخدم عندما يسعى الفرد إلى المشورة المتعلقة بالتعليم والجنس ، والسلوك الجنسي ، ، والمواقف الجنسية (الخجل) أو الميل (على سبيل المثال : الزوج ، الزوجة ، الأطفال) ، التمتع الجنسي ، أو أي مشاكل أخرى متعلقة بالجنس .

Z71.9 (V65.40) الإرشاد أو الاستشارة الأخرى والتى ينبغي أن تستخدم هذه الفئة عندما يتم توفير المشورة أو النصيحة والتشاور ، وذلك بالسعى لحل المشكلة ،

وتشمل الأمثلة تقديم المشورة الروحية أو الدينية ، وتقديم المشورة الغذائية ، وإسداء المشورة بشأن استخدام النيكوتين .

مشاكل ذات صلة إلى بالعوامل النفسية الأخرى ، وبالشخصية ، والظروف البيئية Z65.8 (V62.89) لهذه الفئة ، والتي يمكن استخدامها عند كمحور للاهتمام السريري ، وتشمل الأمثلة الخبرات المؤلمة التي تنطوي على خسارة :

- Z64.0 (V61.7) مشاكل تتعلق بالحمل غير المرغوب فيه .
- Z64.1 (V61.5) المشاكل المتعلقة بتكرار الولادات .
- Z64.4 (V62.89) الخلاف مع مقدم الخدمة الاجتماعية ، بما في ذلك الموظفين القضائيين .

خدمات إدارة الحالة ، أو أخصائي اجتماعي :

- Z65.4 (V62.89) ضحية للإرهاب أو التعذيب .
- Z65.5 (V62.22) التعرض للكوارث ، والحروب ، أو الأعمال العدائية الأخرى .
- Z65.8 (V62.89) مشكلة أخرى ذات صلة بالظروف النفسية والاجتماعية .
- Z65.9 (V62.9) مشكلة غير محددة وذات الصلة بالظروف النفسية غير المحددة.

ظروف أخرى من قصص شخصية :

- Z91.49 (V15.49) قصص شخصية أخرى من الصدمات النفسية .
- Z91.5 (V15.59) التاريخ المرضى الشخصي لإيذاء الذات .
- Z91.82 (V62.22) التاريخ المرضى الشخصي لمعدل الانتشار .
- Z91.89 (V15.89) عوامل الخطر الشخصية الأخرى .
- Z72.9 (V69.9) مشاكل تتعلق بأسلوب الحياة .

وهذه الفئة الخاصة بعملية النصائح والمشورة الطبية ينبغي أن تركز على التركيز العلاج المحدد أو المباشر ، بما يؤثر بطبيعة الحال على عملية التشخيص ، أو العلاج من الاضطراب العقلي أو الطبي الآخر .

مثل : أسلوب الحياة ، والمشاكل التى تشمل عدم ممارسة الرياضة البدنية ، والنظام الغذائي غير المناسب ، والذى يتميز بالمقاومة العالية لمخاطر السلوك الجنسى .

أما المشكلة التي تعزى إلى عرض من الأعراض فلا ينبغي أن تكون مشفرة مثل الاضطراب العقلي إلا إذا كانت هناك مشكلة يتم التركيز بشكل خاص من ضروب المعاملة أو من التى تؤثر بشكل مباشر على عملية التشخيص ، أو علاج الفرد ، وفي مثل هذه الحالات ، فإنها يجب أن تكون مشفرة مع الاضطراب العقلي ومشكلة أسلوب الحياة .

Z72.811 (V71.01) السلوك الانطوائي للكبار مع هذه الفئة يمكن استخدامها كمحور للاهتمام السريري ، وخاصة للسلوك المعادي للمجتمع لدى الكبار / والذى يرجع إلى اضطراب عقلي محدد (مثل اضطراب السلوك ، واضطراب الشخصية المعادي للمجتمع) . كما تشمل الأمثلة سلوك بعض اللصوص المحترفين ، والمبتزين ، أو المتعاملين في المواد غير المشروعة .

Z72.810 (V71.02) أما الطفل أو المراهق مع السلوك المعادي للمجتمع لهذه الفئة يمكن استخدامه كمحور للاهتمام السريري ، وهو السلوك المعادي للمجتمع في الطفل أو المراهق ، والذى لا يعود إلى اضطراب عقلي (مثل : اضطراب انفجاري متقطع ، واضطراب السلوك) . وتشمل الأمثلة الأفعال المعادية للمجتمع المعزولة من قبل الأطفال أو المراهقين (فى حالة عدم وجود أسلوب من السلوك المعادي للمجتمع) .

المشاكل المتعلقة بالحصول على الرعاية الطبية والرعاية الصحية :

- Z75.3 (V63.9) عدم توفر أو عدم إمكانية الوصول لمرافق الرعاية الصحية .
- Z75.4 (V63.8) عدم توفر أو عدم إمكانية الوصول لوكالات مساعدة أخرى

من عدم الالتزام بالعلاج الطبي .

- (Z91.19) V15.81 عدم الالتزام بالعلاج الطبي تماماً .

وهذه الفئة يمكن استخدامها مع محور الاهتمام السريري ، الذى يتصف بعدم الالتزام بأهمية جانب من جوانب العلاج للاضطراب العقلي أو نتيجة لحالة طبية أخرى.

أما الأسباب فتشمل عدم الالتزام ، وعدم الراحة الناتجة عن المعالجة (على سبيل المثال : آثار الأدوية) ، تكلفة العلاج ، والأحكام القيمية الشخصية ، أو المعتقدات الثقافية حول العلاج المقترح ، والوهن المرتبط بالسن ، أو وجود الاضطراب العقلي (على سبيل المثال : الفصام ، واضطراب الشخصية) . وينبغي أن تستخدم هذه الفئة فقط عندما تكون المشكلة شديدة بما فيه الكفاية لتبرير الاهتمام السريري المستقل ، ولا يلبي معايير تشخيص العوامل النفسية المؤثرة على الظروف الطبية الأخرى .

(E66.9) زيادة الوزن أو السمنة : هذه الفئة قد يتم استخدامها عند زيادة الوزن أو السمنة ، وهى محط اهتمام سريري .

Z76.5 (V65.2) التمارض : وهو الميزة الأساس لإنتاج متعمد كاذب ، أو مبالغ فيه بشكل فاضح ويشمل الأعراض الجسدية أو النفسية ، بدافع من الحوافز الخارجية مثل تجنب الخدمة العسكرية ، وتجنب العمل ، والحصول على تعويضات مالية ، التهرب الجنائي ، والنيابة العامة ، أو الحصول على المخدرات تحت بعض الظروف ، التي قد تمثل تمارض السلوك التكيفي على سبيل المثال : تظاهر الأسير بالمرض في زمن الحرب .

التمارض . وينبغي أن يشبه بقوة مع أي مزيج من التالي والذى يشير إلى : -

١. سياق طبي شرعي من العرض (على سبيل المثال : يشار للفرد من قبل محام للفحص الطبي بعيدأ عن السجن ، أو يشير الذاتي للفرد في حين التقاضي أو جنائية رسوم معلقة) .
٢. التناقض الواضح بين مطالب الإجهاد الفردى أو العجز أو مع هدف النتائج والملاحظات .
٣. عدم التعاون خلال التقييم التشخيصي وعدم الامتثال لنظام المعالجة .
٤. وجود اضطراب في الشخصية المعادية للمجتمع .

يختلف التمارض عن الاضطراب الصنعي ، في أن الدافع لأعراض ظهور التمارض هو حافز خارجي ، بينما في الاضطراب الصنعي خارجياً ، ويتمايز اضطراب

التمارض باضطراب التحويل الجسدي ، كما ترتبط الاضطرابات النفسية المرتبطة بالإنتاج المتعمد للأعراض وبالحوافز الخارجية الواضحة المرتبطة به .

أما الدليل القاطع من الظواهر (مثلاً : الأدلة الواضحة لما يتبين من خلال الفحص من عدم ظهور الأعراض المرضية فى العمل ، فى حين هى ظاهرة في البيت) والذى من شأنه أن تشير إلى تشخيص اضطراب صنعي / إذا كان هدف الفرد الواضح هو تولي الدور المرضى ، أو التمارض الذى من شأنه الحصول على الحوافز ، مثل المال .

الاضطراب العقلي المرتبط Z91.83 (V40.31) : ويتم استخدام هذه الفئة للأفراد الذين يعانون من اضطراب عقلي محدد، والذي يتجه نحو الإدارة السريرية والمترافق مع مخاوف كبيرة، وعلى سبيل المثال : الأشخاص الذين قد يواجهون اضطرابات النمو العصبي ، أو الاضطرابات العصبية الرئيسة ، والتى تجعلهم يهيمون على وجوههم ، أو يعرضهم لخطر السقوط ، ولذلك ينبغى ألا يتركوا دون إشراف ، أو مرافق لهم عند الحاجة .

وتستثني من هذه الفئة الأفراد الذين يرغبون فى تغيير وضع السكن غير المرغوب فيه (على سبيل المثال : الأطفال الذين يقومون بالعمل بعيدا عن المنزل ، والمرضى الذين لا يرغبون في البقاء في المستشفى) .

ملاحظة عن الترميز : الكود الأول يرتبط بالاضطراب العقلي (مثل ، الاضطراب العصبي الرئيس ، واضطراب طيف التوحد) .

ثم رمز [الاضطراب العقلي المحدد] . Z91.83 (V40.31) R41.83 (V62.89)
أما أداء خط الحدود الفكرية لهذه الفئة فيمكن استخدامه / مع الأداء الفكري للشريط الحدودي للفرد ، وهو محور الانتباه السريري أو بما يُسهم به فى تأثير علاج الفرد . أما الإعاقة الذهنية الخفيفة (الاضطراب الفكري التنموي) فيتطلب تقييم دقيق للوظائف الفكرية والتكيفية والتناقضات ، وبخاصة في ظل وجود مشاركة ما تحدثه الاضطرابات العقلية التي قد تؤثر على امتثال المريض لإجراءات الاختبار الموحد ، وخاصة على سبيل المثال ، ما يتعلق باضطراب الفصام واضطراب نقص الانتباه المقترن بالاندفاع الشديد .

((كما ينبغى التأكيد على ضرورة مراعاة بأن هـذه التشخيـصات فى DSM-5 ، والأدلة التشخيصية السابقة عنه / قد وردت وبدأت وفقاً لواقـع المجتمعـات الأمريكيـة والغربية والمتأثره بالعوامل البيئيـة والثقافيـة فى المقـام الأول / وهـو مـا دفـع إلى ظهـور إصدار الدليل التشخيصى الصينى للاضطرابات النفسية والعقلية / وهو ما يدعم الحاجـة القصوى إلى تفكير مـن ذوى التخصـصات الأكاديميـة فى المجـالات العـصبية والنفـسية والفسيولوجية ، إلى إصدار الدليل التشخيصى العربى الأول بصورة متميزة دينياً وثقافيـاً ومجتمعياً / والتحول من مجرد مستهلكين لتلك التشخيصات الثقافيـة المحـددة ، وذلـك إلى منتجين لها كخطوة رائدة وغير مسبوقة .



الفصل الخامس
تقييم استخدام الدليل DSM-5

مقدمة :

يحتوي هذا القسم الأدوات والتقنيات لتعزيز عملية صنع القرار السريرى ، وفهم السياق الثقافي للاضطرابات النفسية ، والتعرف على التشخيصات الناشئة بمزيد من الدراسة . كما يوفر هذا القسم استراتيجيات لتعزيز الممارسة السريرية ومعايير جديدة لتحفيز البحوث المستقبلية ، وهو ما يمثل دينامية الدليل التشخيصى الخامس DSM-5 والتي سوف تتطور مع التقدم في هذا المجال .

من بين الأدوات في القسم الثالث من المستوى الأول الشامل لتصنيف مقياس ذاتي ، والذى يعد بمثابة استعراض للنظم عبر الاضطرابات النفسية المختلفة .

كما يشمل التصنيف الطبي لمقياس حدة الفصام ، والاضطرابات الذهانية الأخرى ، فضلا عن مقياس تقييم العجز الصادر عن المنظمة الصحة العالمية وفقاً للجدول الزمني ، فى الإصدار الثانى (WHODAS 2.0) . من مستوى التدابير الثانية فى شدة الإعاقة ، والمتاح على الإنترنت (www .psychiatry .org/DSM5) ، ويمكن استخدامه لاستكشاف استجابات كبيرة فى المستوى الأول ، والذى يشتمل على استعراض شامل للسياق الثقافي من الاضطرابات النفسية ، ومقابلة الصياغة الثقافية (CFI) المتاحة للاستخدام السريري .

كما يتم توفير شرح لدراسات الاضطرابات المقترحة في المستقبل ، والتي تشتمل على نماذج جديدة لتشخيص اضطرابات الشخصية كبديل لتأسيس معايير التشخيص ؛ كما يتضمن النموذج المقترح عوامل ضعف الشخصية ، فضلا عن سمات الشخصية المرضية . كما يشتمل كذلك على الشروط الجديدة التي هي محور البحث النشط ، مثل الذهان الموهن / ومتلازمة إيذاء الذات .

تقدير التدابير :

هناك مجموعة متزايدة من الأدلة العلمية تؤيد مفاهيم الأبعاد في تشخيص الاضطرابات النفسية . وتشمل القيود المفروضة على نهج التشخيص القاطع (الحاسم) نتيجة الفشل فى العثور على التشخيص الملائم (أي الترسيم المناسب للاضطرابات النفسية) ، والحاجة لفئات وسيطة مثل الاضطراب الفصامي العاطفي ، أو ارتفاع معدلات الاعتلال المشترك ، وكثرة التشخيصات النسبية غير الهادفة ، وغير محددة المعايير (NOS)

ونظراً لعدم وجود فائدة في تعزيز هوية سابقة لتشخيص سابق فريد من نوعه بالنسبة لمعظم الاضطرابات العقلية ، وعدم وجود خصوصية لعلاج مختلف فئات التشخيص ، سواء السريرية منها ، أو المنظورات البحثية ، وهو ما يؤيد الحاجة كما لمزيد من أبعاد النهج التي يمكن دمجها مع مجموعة من التشخيصات DSM القاطعة .

ومثل هذا النهج يتضمن أشكال مختلفة من المميزات داخل الفرد (على سبيل المثال ، شدة الفروق الفردية للأعراض داخل وخارج معايير اضطراب التشخيص / والمقاس بواسطة شدة الحالة ، والمدة ، أو عدد مرات الأعراض) ، جنبا إلى جنب مع ميزات أخرى مثل نوع وشدة الإعاقة) بدلا من الاعتماد على (نعم /أو لا) للمقاربة البسيطة .

وهناك حاجة إلى تشخيص كل الأعراض (معيار أحادي الصفة / أو مجموعة) ، وهناك حاجة كذلك إلى تبنى تأييد عتبة أعراض متعددة ، بما لا يقل عن خمسة من تسعة أعراض من الاضطراب الاكتئابي (معايير تعيين متعدد الخصائص) وكلاهما مستويات عالية الخطورة ، وتركيبات مختلفة من معايير فئات التشخيص الأكثر تجانساً .

ويعتمد نهج الأبعاد بالدرجة الأولى على تقارير الفرد الشخصية (الذاتية) ، مع تشخيص أعراض المرض ، جنبا إلى جنب مع تفسير الطبيب ، والذى يتفق مع الممارسة الحالية للتشخيص . ومن المتوقع أن يتوفر لدينا فهم آليات المرض الأساس المستند على الفسيولوجيا المرضية Neurocircuitry وعلى التفاعلات الجينة والبيئية ، ونتائج فحوص المختبرات ، والاختبارات النفسية والعقلية ، مع بيانات المريض ، والتى وضعت لتكميل وتعزيز دقة عملية التشخيص .

ويمكن لنظم فحص الأعراض المرضية الشاملة ، أن تكون بمثابة نهج كاشف لمجالات علم النفس المرضى psychopathological . كما يعد استعراض النظم الطبية ، بمثابة أمراً حاسماً لاكتشاف التغيرات الطفيفة في أجهزة الجسم المختلفة ، والتي يمكن أن تسهل التشخيص والعلاج . واستعراض مماثل لمختلف الوظائف العقلية ، بما يسهم فى تقييم الحالات العقلية الأكثر شمولاً من خلال لفت الانتباه إلى الأعراض التي قد لا تتفق تماما مع معايير التشخيص ، والمتشعبة من مستويين :

- المستوى الأول : مسح الأسئلة لثلاثة عشر مجالاً من أعراض مرض البالغين ، واثنى عشر مجالاً من أمراض الأطفال والمراهقين .
- المستوى الثانى : تقييم الأسئلة الأكثر تعمقا لبعض المجالات ، والتى وضعت لتدار سواء في المقابلة الأولية ، أو على مر الزمن لتتبع حالة المريض ، من فحص الأعراض ومدى استجابته للعلاج .

تدابير شدة الاضطراب ، وهي محددة وترتبط ارتباطا وثيقا مع المعايير التي تشكل تعريف الاضطراب . كما أنها يمكن أن تدار من قبل الأفراد الذين حصلوا على تشخيص أو الذين لديهم متلازمة سريرية هامة لم ترق إلى تلبية كامل معايير التشخيص . وكما هو الحال مع تدابير الأعراض المتشعبة ، والتى وضعت لتدار على حد سواء في المقابلة الأولية وعلى مر الزمن لتتبع شدة اضطراب حالة الفرد ، ومدى استجابته للعلاج .

وأصدرت منظمة الصحة العالمية جدول تقييم الإعاقة ، الإصدار(٢،٠ WHODAS) الذى وضع لتقييم قدرة المريض على أداء الأنشطة في ستة مجالات هي : الفهم والتواصل ؛ التمركز حوا الذات ؛ الرعاية الذاتية ؛ ومستوى الالتزام مع الآخرين ؛ أنشطة الحياة (على سبيل المثال : المنزلية ، العمل ، المدرسة) ، والمشاركة في المجتمع . كما تم تطوير المقياس الذاتي لاستخدامه مع المرضى الذين يعانون من أي خلل طبي .

كما أن المفاهيم الواردة في تصنيف منظمة الصحة العالمية الدولي يلبي وظائف العجز والصحة ، ويمكن أيضاً أن يستخدم هذا التقييم على مر الزمن لتعقب التغييرات في درجة إعاقة المريض .

منظمة الصحة العالمية

جدول تقييم الإعاقة ٢,٠

________Age : _____ الجنس : ذكر □ أنثى □ اتاريخ : ________

ُتعد الظروف الصحية من أهم الصعوبات التى تواجه هيئة التعليم العالي LTH ، وتشمل الظروف الصحية تشخيص الأمراض المزمنة ، والإصابات ، وتحديد مشاكل إدمان الكحول ، والمخدرات ، وطرق ممارسة الأنشطة التالية الخاصة بالفهم والتواصل مع كل الفقرات التالية ، يرجى وضع علامة واحدة فقط لاختيارك الفعلى .

وهو ما يوضحه الجدول التالى :

م	الفقرات	لا شيء	معتدل	شديد
1	أفضل تعلم مهمة جديدة ، مثل تعلم كيفية الوصول إلى مكان جديد ؟			
2	يستهوينى الحياة ليوم واحد ؟			
3	أهتم بتعلم مهمة جديدة ، مثل تعلم كيفية الوصول إلى مكان جديد ؟			
4	عموما أفهم ما يقوله الناس ؟			
5	أبدأ المحادثة مع الغير ؟			
6	أقف لفترات طويلة ، مثلا ٣٠ دقيقة ؟			
7	هل تعانى من الجلوس لفترة طويلة ؟			
8	أقوم بالحركة والدوران داخل المنزل؟			
9	أمشي وحيداً مسافة حوالى الكيلو متر ؟			
10	لا شيء يمكن القيام به مثل : الرعاية الذاتية ؟			
11	أقوم بعملية غسل جسمى كله؟			
12	أرتدى ملابسى بنفسى ؟			
13	أختلى بنفسى لبضعة أيام ؟			
14	أسعى للتجاوب جنبا إلى جنب مع الناس ؟			

15	أتعامل مع الناس الغرباء الذين لا أعرفهم ؟			
16	أحافظ على صداقاتى ؟			
17	أندمج مع الناس الذين هم على مقربة منى فقط ؟			
18	أسعى لتكوين صداقات جديدة ؟			
19	بمجرد إحساسى بالضيق أذهب إلى الطبيب ؟			
20	في الثلاثين يوما الماضية ، هل صادفت صعوبة فى الأنشطة المنزلية ؟			
21	أهتم برعاية المسؤوليات المنزلية الخاصة بى ؟			
22	أقوم بالمهام المنزلية بنفسى جيدا ؟			
23	أنزعج من الأعمال المنزلية التي يجب القيام بها ؟			
24	أهتم بإنجاز الأعمال المنزلية كما هو مطلوب تماماً ؟			
25	بسبب حالتك الصحية في الثلاثين يوما السابقة ، كم يوم ذهبت لعملك/ مدرستك ؟			
26	أهتم بممارسة العمل / المدرسة بشكل جيد ؟			
27	يزعجنى العمل الذى أحتاج إلى القيام به ؟			
28	أسعى للحصول على عمل فقط حسب الحاجة إليه ؟			
29	أشارك الناس في الأيام الثلاثين الماضية ؟			
30	لا أهتم بالمشاركة في أنشطة (مثل الاحتفالات / أنشطة ، أو غيرها) ؟			
31	تحدث مشكلات لديك بسبب مواقفك وتصرفاتك ؟			

32	كم من الوقت تنفقه على صحتك ؟			
33	هل استنزفت مشاكلك حالتك الصحية ؟			
34	هل مشاكلك تنبع منك أو من عائلتك ؟			
35	كم مشكلة قمت بها مع عائلتك بسبب مشاكلك الصحية ؟			
36	هل لديك مشكلة تعجز عن القيام بها ؟			

ويركز هذا الفصل DSM-5 على المستوى الأول الشامل لأعراض قياس (التقييم الذاتي للكبار والإصدارات الخاصة بالوالد / ولي الأمر) ، وتقييم الطبيب لأبعاد شدة أعراض الذهان ؛ و2.0 WHODAS. مع وصف تعليمات الطبيب ، وسجل المعلومات ، وإدراج المبادئ التوجيهية وتفسير كل هذه التدابير ، إضافة إلى تقييم الأبعاد ، بما في ذلك تلك التي تتصل بقوة ومصداقية التشخيص ، والتى يمكن الاطلاع عليها على الإنترنت : www .psychiatry .org DSMS .

قطع التدابير عبر العرض :

المستوى الأول الشامل لأعراض قياسات DSM-5 المستوى الأول الشامل لقياس أعراض الأمراض ، كما يُعد تقييم مجالات الصحة النفسية ، من الأمور الهامة في تشخيص الأمراض النفسية ، والهدف من ذلك هو مساعدة الأطباء فى تحديد مجالات إضافية للتقييم ، والذى قد يكون له تأثير كبير على تشخيص الفرد وعلاجه . بالإضافة إلى ذلك فإن هذا الاجراء قد يستخدم لتتبع التغيرات في أعراض مرض الفرد على مر الزمن .

أما نسخة الكبار فتتكون من ٢٣ سؤال / بهدف تقييم (١٣) من المجالات النفسية ، بما في ذلك الاكتئاب ، والغضب ، والهوس والقلق والأعراض الجسدية ، التفكير في الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، الذهان ، مشاكل في النوم ، والذاكرة ، والأفكار والسلوكيات المتكررة ، وتفكك الشخصية ، واستخدام المخدرات

ويتكون كل مجال من ١-٣ أسئلة . ويستفسر كل بند عن مدى (أو عدد المرات) التى أزعجت الفرد من الأعراض المحددة خلال الأسبوعين الاثنين الماضية .

وإذا كان الفرد يعانى بضعف القدرات وغير قادر على إكمال النموذج الذاتى لديه (على سبيل المثال : الفرد مع الخرف) . كما تم العثور على هذا الإجراء السريري ، والأكثر موثوقية بصورة جيدة في التجارب الميدانية DSM-5 التي أجريت على العينات السريرية لدى الكبار في جميع أنحاء الولايات المتحدة وكندا .

و تركز نسخة الوالدين / على تقييم ولي الأمر (للأطفال من سن ٦-١٧) ويتكون من ٢٥ سؤالاً لتقييم (١٢) من المجالات النفسية ، بما في ذلك الاكتئاب ، الغضب ، والتهيج ، والهوس والقلق والأعراض الجسدية ، عدم الانتباه ، والتفكير في محاولة الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، والذهان ، واضطراب النوم ، والأفكار والسلوكيات المتكررة ، واستخدام مادة دوائية / أو مخدرات .

كل البند يسأل الوالد أو ولي الأمر لتقييم مدى (أو عدد المرات) التى كان (له / أو لها) إزعاج الطفل نتيجة أعراض نفسية محددة خلال الأسابيع الماضية . وهذا الإجراء قد يكون مفيداً سريرياً وأن يكون ذات موثوقية جيدة في التجارب الميدانية DSM-5 والتي أجريت في العينات السريرية للأطفال في جميع أنحاء الولايات المتحدة للأطفال من سن ١١-١٧ ، جنباً إلى جنب مع تصنيف الوالد الوصي على الطفل ، وتوجد نسخة من هذا الإجراء يمكن الاطلاع عليها على الإنترنت في **www .psychiatry .org/DSM5** .

وفي نسخة تشخيص أمراض الكبار ، تم توزيع تصنيفات لكل فرد ، واشتمل كل بند فى المقياس على تصنيف من خمس نقاط (O = لا شيء أو لا على الإطلاق / ١ = خفيفة أو نادرة ، وأقل من يوم واحد أو اثنين/ ٢ = معتدل أو عدة أيام / ٣ = معتدلة أو أكثر من نصف يوم / ٤ = شديد أو كل يوم تقريبا) .

وينبغي إعادة النظر في النتيجة على كل بند ضمن مجال محدد ، ومع ذلك يتم التصنيف بمعتدل (أي= ٢) أو أكثر على أي بند ضمن مجال ، باستثناء تعاطي المخدرات ، والتفكير في الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، والذهان ، وقد يكون ذلك بمثابة دليل للاستفسار الإضافي ، وقد يشمل تقييم الأعراض المتشعبة للمستوى الثانى مثل : تعاطي المخدرات ، **ideahon** الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ،

والذهان ، ويشمل التقييم الذاتى وفقاً للدليل التشخيصى DSM -5- مع أعراض القياس الشامل : -

عدد (١٣) مجال ، تمثل عتبات للتشخيص لمزيد من الاستفسار ، وبما يرتبط بها من DSM-5

- المستوى الثان للتدابير .
- اسم نطاق المجال :

عتبة توجه الدليل التشخيصى DSM-5 للمستوى الثان الشامل للأعراض كما يلى :

م	الأعراض	معتدل	كبير	لا يوجد
1	مستوى الكساد			
2	كساد الكبار (نموذج عاطفي)			
3	الغضب (غضب الكبار القصير)			
4	الهوس . (هوس الكبار) .			
5	قلق الكبار			
6	الأعراض الجسدية للكبار .			
7	التفكير في الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .			
8	الذهان .			
9	مشاكل النوم (اضطراب نوم الكبار) .			
10	مستوى الذاكرة .			
11	الأفكار المتكررة لسلوكيات الكبار (الوسواس القهري)			
12	التفكك .			
13	سير الشخصية .			

استخدام مادة مستوى طفيف أو أكبر من المادة المستخدمة لـدى الكبـار (مقتـبس من تعديل النداء ASSIST)

ملاحظة : (النـداء = المعهـد الـوطني لتعـاطي المخـدرات) . خاليـة مـن المـستوى الطفيف (أي ١) أو أكثر من أي بند ضمن نفس المجال الذى قد يكون بمثابة دليل إضافي للتحقيق والمتابعة لتحديد ما إذا كان هناك حاجة إلى تقييم أكثر تفصيلا .

كما يشير ذلك إلى أعلى الدرجات ضمن نفس المجال في العمود (أ) علـى نتيجـة المجال . ويوجد فى هذه النسخة تقييم الوصي (الوالد) (للأطفال من سـن ٦-١٧) ، ١٩ من ٢٥ ويتم تصنيف كل البنود على مقياس من ٥ نقاط (O = لا شيء أو لا شيء ، = نادر أو طفيف ، وأقل من يوم واحد أو اثنين / ٢ = معتدل أو عدة أيـام / ٣ = معتدلـة أو أكثر من نصف يوم / ٤ = شديد أو ما يقرب من كل يوم/) .

كما تصنف البنود تعاطي المخدرات ويتم تصنيفها كـل يـوم بنطـاق " نعـم/ لا / أو لا أعرف " . وينبغي إعادة النظر في النتيجة على كل بند ضمن نفس مجال .

ومع ذلك ، مع استثناء كل من الغفلة والـذهان ، فـإن تـصنيف معتـدل (أي ٢) أو أكبر / على أي بند ضمن المجال الذي يتم احتسابه على مقياس من خمسة نقـاط قـد يكون بمثابة دليل للاستفسار الإضافي لمتابعة وتحديد ما إذا كان التقييم أكثر تفصيلا أمـراً ضرورياً ، والذى قد يشمل تقييم الأعراض المتشعبة من مجال المستوى الثانى .

أما عدم الانتباه أو الذهان ، فيصنف من طفيـف أو أكـبر (أي ١ أو أكـبر) وقـد يكون التصنيف الرئيس مع الدليل الخامس الحالى DSM-5 مـع المـستوى الأول الـشامل لأعراض قياس لعمر الطفل عبر المراحل العمرية ، أما المستوى الثـانى للتـدابير المرتبطـة باسم نطاق المجال ، أو عتبة توجيه الدليل الخـامس DSM-5 للمـستوى الثـانى الـشامل لمستويات الأعراض الجسدية كما يلى : -

معتدل أو أكبر أعراض ولي الأمر الوصي 2 / الحالـة الجـسدية مـن عمـر الطفـل ما بين ٦- ١٧سنة (عبر اســــــتبيان يوضـح شـدة الأعـراض الجسدية علـى مقيـاس [PHQ])[1]

(١) استبيان الصحة الشخصية مقياس الاكتئاب (.PHQ) .

م	الأعراض	معتدل	كبير	لا أعرف
1	مستوى مشاكل النوم (أعراض ولي الأمر الوصي من عمر الطفل ٦-١٧ (وعد النوم شكل الاضطراب)			
2	مستوى الغفلة (عمر الطفل ٦-١٧ (سوانسون ، نولان ، وبيلهام ، الإصدار الرابع [SNAP -IV])			
3	مستوى الاكتئاب (أعراض ولي الأمر الوصي عمر الطفل ٦-١٧ (وعد استغاثة - العاطفي البنك الاكتئاب الرئيسي البند)			
4	الغضب (وعد معايرة قياس الغضب - الرئيسي)			
5	التهيج الأطفال (رقم التفاعلية العاطفية [ARI])			
6	الهوس (الطفل سن ٦-١٧ (ألتمان الذاتي التصويت هوس مقياس [ASRM])			
7	القلق (الطفل سن ٦-١٧ (وعد استغاثة - العاطفي القلق الرئيسي ، بنك المدينة)			

8	الذهان			
9	الأفكار المتكررة			
10	تعاطي الأطفال للمخدرات (مقتبس من تعديل النداء – ASSIST) النـداء المعدلـة ASSIST (مقتـبس) – الطفل تقييما (سن ١١–١٧ عاما)			
11	محاولات التفكير فى الانتحار (إزهـاق النفس المحرم شرعاً)			

ويستخدم كمؤشر للاستفسار الإضـافي . كـل مـن : الوالـد أو / ولي الأمـر مـع تصنيف " لا أعرف "على التفكير في الانتحار (إزهاق النفس المحرم شـرعاً) ، وأي مـن عناصر تعاطي المخدرات ، وخاصة للأطفال الأعمار ١١–١٧ عاما ، وقد يؤدي ذلـك إلى التحقيق الإضافي لقضايا الأطفال ، بمـا في ذلـك اسـتخدام المستوى الثانى الـشامل لتقييم الطفل ، من ذات الصلة بالمجـال . ليـتم التحقيـق الإضـافي علـى أسـاس أعلـى الدرجات في أي بند ضمن نفس المجال ، وينبغي أن يرصد الأطباء النتيجـة في العمـود " (أ) على درجات نفس المجال " ، ويحدد المستوى الثانى تدابير أعـرض العـشرات مـن عتبات المستوى الأول الشامل لأعراض القيـاس (كمـا توصـف " بالتهـديف والتأويـل" والتي تشير إلى وجود احتمال الحاجة المفصلة للتحقيق السريري . وتوفير المستوى الثـانى الشامل ، وللحصول على مزيد من المعلومات المتعمقة عن الأعـراض ، الـتي يمكـن أن تكون هامة للتشخيص ، وتخطيط العلاج ، والمتابعـة . فهـي متـوفرة للكبـار والأطفـال (الأم والطفل) والإصدارات المتاحة علـى الإنترنـت DSMS/www .psychiatry .org . لكل مخططات مجال المستوى الأول ، أما تحديد المجالات اللازمـة لتقيـيم أكثـر تفـصيلا فتتوفر فى الـدليل التشخيـصى الحـالى DSM-5 مـن المـستوى الثـانى الـشامل لتـشخيص الأعراض .

تواتر الاستعمال الشاملة :

تشخيص الأعراض :

تتوقف الأعراض السريرية على استقرار حالة الفرد وعلاجه ، وبالنسبة للأطفال من سن ٦-١٧ سنة ، فمن الأفضل أن تكتمل عملية المتابعة من قبل مختبر نفسي ، مع الحصول على موافقة الوالدين أو الوصي ، وقد يشير ذلك إلى أعراض هامة وإشكالية بالنسبة للفرد ، التي قد تستدعي مزيداً من التقييم والعلاج والمتابعة .

أعراض الذهان الخطرة :

كما هو موضح في فصل "الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى" فإن الاضطرابات الذهانية غير متجانسة ، كما يمكن التنبؤ بشدة الأعراض كجوانب هامة للمرض ، مثل درجة العجز المعرفي أو العصبية الحيوية . كما يتم تقييم درجة الاختلاف في شدة الأعراض ، والتي قد تساعد في تخطيط العلاج ، وصنع القرار ، والمتعلقة بالبحوث المرتبطة بحالة المريض . ويقوم الطبيب بتقييم الأبعاد المنذرة من الذهان ، وذلك عبر إجراء الفحوصات ، وحساب مستوى ودرجة الخطورة ، وهو ما توفره المقاييس المسهمة فى تقييم أبعاد الأعراض الأولية للذهان ، بما في ذلك الهلوسة والأوهام ، والكلام غير المنظم ، والسلوك النفسي الشاذ ، والأعراض السلبية . وذلك على سبيل المثال عبر مقياس تقييم أبعاد الضعف الإدراكي .

كما يعانى العديد من الأفراد من اضطرابات نفسية ، ومن مشاكل فى مجالات cogrutive محددة ، والتي يتوقع أن تحد من قدراتهم الوظيفية . بالإضافة إلى ذلك ، فإن تلك المقاييس تُسهم فى تقييم الاكتئاب والهوس ، والتي قد ينسبها الأطباء لأمراض اضطرابات المزاج .

تقييم شدة أعراض الذهان ، واضطراب المزاج له قيمة منذرة وأدلة للعلاج .

يقيم الطبيب أعراض الذهان بدرجة من الخطورة (البند ٨) وذلك عبر تقييم الطبيب السريري للحالة ، كما يعيشها الفرد خلال السبعة أيام الماضية .

التهديف والتفسير :

يتم تصنيف كل بند على مقياس على مقياس مكون من 5 نقاط كما يلى :

لا شيء	ملتبسة	حاضرة / خفيفة	حاضرة / معتدلة	حاضرة / شديدة
O	2	3	4	5

مع تعريف الأعراض المحددة لكل مستوى من التصنيف . وقد يستعرض الطبيب جميع المعلومات المتاحة للفرد وذلك بناء على الحكم السريري المحدد بدقة لوصف شدة حالة الفرد ، ثم يشير الطبيب إلى نتيجة كل عنصر في " نقاط " المساحة المحددة .

تردد الاستخدام :

يتم متابعة التغيرات في شدة الأعراض لدى الفرد على فترات سريرية منتظمة ، وهذا يتوقف على استقرار الأعراض لدى الفرد ، مع تقديم العلاج المركز . وقد يشير إلى مساحات كبيرة ومعقدة من المرض لدى الفرد ، والتي قد تبرر المزيد من التقييم والعلاج والمتابعة .

منظمة الصحة العالمية :

جدول الإعاقة – السابق عرضه صفحة (٩٦٢) " نسخة الكبار لتقييم العجز الذاتي الصادرعن منظمة الصحة العالمية (WHODAS 2.0) " هو مقياس مكون من (٣٦ فقرة) والذي يقيم الإعاقة لدى البالغين من سن ١٨ سنة فما فوق . كما يهتم بتقييم العجز في ستة مجالات ، بما في ذلك الفهم والتواصل ؛ التمركز حول الذات ؛ الرعاية الذاتية ؛ ومستوى الالتزام مع الآخرين ؛ أنشطة الحياة (على سبيل المثال : المنزلية ، العمل ، المدرسة) ، والمشاركة في المجتمع . وإذا كان الفرد / من الكبار ويعانى من ضعف فى القدرات المختلفة ، وغير قادر على إكمال الشكل (مثل مرض الخرف) ، هنا يمكن أن يدار المقياس بالوكالة (شخص آخر) ، والذي يتوفر في موقع
. www.psychiatry.org / DSM5

وفى كل بند من بنود إصدار WHODAS 2.0 يسئل الفرد عن مدى تقييمه لمستوى الصعوبة (لديه / أو لديها) في مجالات محددة من العمل خلال ٣٠ يوما الماضية . أما تعليمات حساب الدرجات والمقدمة من منظمة الصحة العالمية WHODAS 2.0

WHODAS 2.0 ، فهناك خياران أساسيان لحساب ملخص عشرات ل WHODAS 36- 2.0 لبند النسخة الكاملة على النحو التالى :

حالة بسيطة : توزع درجة استجابة كل بند من البنود كما يلى :

لا شيء	خفيفة	معتدلة	شديدة	متطرفة
1	2	3	4	5

ويشار إلى هذا الأسلوب ليس بهذه البساطة لأنه يتم إضافة عشرات لكل بند من البنود دون إعادة ترميز ، وبالتالي ، ليس هناك ترجيح لتلك التقييمات الفردية . وهذا النهج ربما يكون الأسلوب المفضل في الإعدادات السريرية أو في المقابلة بالورق والقلم . ونتيجة لذلك ، فإن الرقم الناتج المتحصل من عشرات البنود ، في جميع المجالات ، قد يشكل إحصائية غير كافية لوصف درجة القيود الوظيفية .

حالة معقدة : ويطلق عليها طريقة أكثر تعقيدا " نظرية استجابة الفقرة " (IRT) والتى تأخذ في الاعتبار مستويات متعددة من الصعوبة لكل فقرة من البند ٢.

ويأخذ ترميز كل استجابة للبند ما بين "لا شيء" ،"خفيفة" ،" معتدلة " ، " شديدة " و"متطرفة " بشكل منفصل ، ثم يستخدم جهاز كمبيوتر لتحديد ملخص يسجل الترجيح التفاضلي للبنود وفقاً لمستويات الشدة . ويتوفر برنامج الكمبيوتر فى موقع منظمة الصحة العالمية ، وذلك على ثلاثة خطوات هى :

- الخطوة ١ - جمع عشرات البند مشفرة داخل كل مجال .
- الخطوة ٢ تلخيص لجميع درجات المجال الستة .
- الخطوة ٣ تحويل النتيجة إلى ملخص متري (قياسى / رقمى) يتراوح من صفر إلى ١٠٠ (حيث صفر = لا يوجد عجز ؛ ١٠٠ = العجز الكامل) .

أما درجات المجال . WHODAS 2.0 فتنتج عشرات النطاقات المحددة لستة مجالات مختلفة هى : الفهم والتواصل ؛ التمركز حول الذات ؛ الرعاية الذاتية ؛ ومستوى الالتزام مع الآخرين ؛ أنشطة الحياة (على سبيل المثال : المنزلية ، العمل ، المدرسة) ، ومستوى المشاركة في المجتمع .

تفسير أهداف إرشاد المستخدمين للدليل التشخيصى DSM-5 :

يطلب من الطبيب مراجعة استجابة الفرد على كل بند على المقياس السابق خلال المقابلة السريرية ، وتشير النتيجة المبلغ عنها - بصورة ذاتية - لكل عنصر في المقطع المنصوص عليها " استخدام الطبيب فقط ." ومع ذلك ، إذا قرر الطبيب أن النتيجة على عنصر معين ينبغي أن تكون مختلفة على أساس المقابلة السريرية وغيرها من المعلومات المتاحة ، (أنه / أو أنها) قد يشير إلى وجود درجة تصحيحية في هذا البند للدرجة الخام ، والتى توضع فى مربع النتيجة .

واستنادا إلى نتائج من التجارب الميدانية للدليل التشخيصى **DSM-5** لدى عينات المرضى الكبار في ستة مواقع في الولايات المتحدة وواحد في كندا ، ويوصي دليل DSM-5 بحساب واستخدام متوسط درجات لكل مجال / مع درجة العجز العام .

أما متوسط الدرجات المماثلة لمقياس من خمسة نقاط WHODAS ، والذى يسمح للطبيب للتفكير في تشخيص مستوى إعاقة الفرد من حيث لا شيء (١) ، ومعتدل (٢) ، معتدلة (٣) ، شديد (٤) ، أو المدقع (٥) .

كما أن متوسط نطاق العجز العام قد يتم العثور عليه ضمن عشرات البنود / ليكون فى النهاية موثوق به وسهل الاستخدام ، بما يفيد الأطباء بصورة سريرية ، وفقاً لدليل DSM-5 الناتج عن تجارب ميدانية .

ويتم احتساب نتيجة نطاق المتوسط بقسمة نتيجة الدرجة الخام / على عدد من البنود في المجال المحدد (على سبيل المثال ، إذا كانت كافة العناصر الموجودة في " التفاهم ، فيتم تصنيف مجال التواصل" بأنه معتدل ، وتصبح نتيجة النطاق المتوسط مثلاً (٦/١٨ = ٣) والتى تشير إلى العجز المعتدل) .

ويتم حساب متوسط درجة العجز العام بقسمة النتيجة الإجمالية الخام على عدد الفقرات في المجال (أي ٣٦) . وينبغي تشجيع الفرد لاستكمال كافة فقرات التقييم WHODAS 2.0. إذا لم تحدث استجابة فتعطى الدرجة على عشرة أو أكثر من الفقرات (أي أكثر من ٢٥ ٪ من مجموع الفقرات الـ (٣٦) فى المقياس السابق (صفحة ٩٦٢) .

وإذا كانت البنود العشرة ، أو أكثر من مجموع فقرات مقياس مفقودة / إلا أن نسبة ٧٥ ٪ - ١٠٠ ٪ كاملة لبعض بنود من المجالات ، فيمكن عندها استخدام عشرات المجالات الأخرى البسيطة أو المتوسطة .

تواتر الاستخدام : لمتابعة التغير في مستوى الفرد من العجز على مر الزمن ، ما ينبغي معه أن يتم القياس على فترات سريرية منتظمة ، وذلك اعتمادا على stabihty أعراض الفرد ، والتي يتم بناءً عليها وضع خطة العلاج . وقد تشير الدرجات العالية على الدوام إلى مجال معين من المجالات الهامة ، والتي قد تمثل إشكالية بالنسبة للفرد ، والتي تستدعي مزيدا من التقييم والتدخل .

كما يجب التركيز على البعد الثقافي عند تقييم التشخيص والتدبير العلاجي السريري : حيث يشير المصطلح الثقافي إلى نظم المعرفة ، المفاهيم والقواعد والممارسات التي يتم تعلمها ونقلها عبر الأجيال ، والتي تشمل الثقافة اللغة والعقيدة والقيم الروحية ، والهياكل الأسرية ، ومراحل دورة الحياة ، والطقوس الاحتفالية ، وكذلك النظم الأخلاقية والقانونية . وتخضع نظم الثقافات المفتوحة ، والأنظمة الديناميكية للتغيير المستمر على مر الزمن ؛ وينفتح معظم الأفراد والجماعات في هذا العالم المعاصر على الثقافات المتعددة ، وهذه المميزات تجعل من الثقافة أمراً حاسماً ومصدراً للمعلومات الثقافية ، خاصة لدى المجموعات النمطية التي تتصف بثبات الصفات الثقافية .

الخصائص البيولوجية :

تختلف الفئات العرقية على نطاق واسع على مدى التاريخ وعبر المجتمعات . والذى يدعم الإيديولوجيات العنصرية (مثل : ألمانيا فى زمن النازية) ، والتمييز ، والعوامل الاجتماعية ، والاستبعاد ، والذى يمكن أن يكون له آثاراً سلبية قوية على الصحة النفسية . وهناك أدلة على أن العنصرية يمكن أن تؤدي إلى تفاقم العديد من الاضطرابات النفسية ، والمساهمة في سوء النتائج ، والتي تؤيد " التحيز العنصري " والذى يمكن أن يؤثر على تقييم التشخيص للموضوعات المختلفة .

أما العرق فهو يشير إلى هوية المجموعة التي 'شيدت ثقافيا ، والتى قد تكون متجذرة في التاريخ المشترك والجغرافيا واللغة والدين ، أو غيرها من خصائص

المجموعة المشتركة ، والتي تميز هذه المجموعة عن الآخرين ، أو تنسب من قبل الغرباء والذى يتحقق مع زيادة التنقل والتزاوج ، والاختلاط ، والذى يؤدى إلى ظهور الهويات العرقية المتعددة ، أو إلى هجينة مختلطة جديدة .

وترتبط الثقافة ، أو العرق ، بعدم المساواة والتمييز ، والذى قد ينعكس على النتيجة في الفوارق الصحية . ويمكن أن تكون الهويات الثقافية ، والعرقية مصدراً لقوة ودعم للمجموعة التي تعزز المرونة المجتمعية ، لكنها قد تؤدي أيضاً إلى الصراع بين الأفراد ، أو بين الأجيال أو إحداث صعوبات في التكيف .

التقييم التشخيصي :

الخطوط العريضة للصياغة الثقافية تقدم الخطوط العريضة للصياغة الثقافية التي أدخلت في دليل DSM -5 كإطار لتقييم المعلومات حول المميزات الثقافية لمشكلة الصحة النفسية للفرد ، وكيف تتصل بالسياق والتاريخ الاجتماعي والثقافي ، ولا يشمل ذلك فقط تقديم نسخة محدثة من مخطط دليل DSM-5 ولكن أيضاً يُستخدم نهجا للتقييم باستخدام صياغة ثقافية مقابلة (CFI) ، والتي تم اختبارها ميدانيا لفائدة التشخيص بين الأطباء والتي لاقت قبولاً بين المرضى .

المخطط المنقح للصياغة الثقافية تدعو إلى تقييم منهجي لما يلي : -

أولاً : الهوية الثقافية للفرد : توصف عرقية الفرد وثقافته / فى علاقتها بالجماعات المرجعية التي قد تؤثر على (له / أو لها) فى علاقاته مع الآخرين ، والوصول إلى الموارد ، والتحديات والصراعات والتنموية الحالية ، أو المستقبلية ، ودرجة وأنواع المشاركة مع الثقافة الأم للفرد / وثقافة البلد المضيف أو الثقافة الأغلبية على حدة .

اللغوية ، والأفضليات ، وأنماط تحديد الصعوبات مع إمكانية الوصول إلى الرعاية والاندماج الاجتماعى ، ويمكن أن تشمل الجوانب ذات الصلة من هوية الانتماء الديني والاجتماعي والخلفية الاقتصادية وغيرها .

ثانياً : تصورات الشدة الثقافية : توصف البنيات الثقافية التي تؤثر فى التجارب الفردية ، وما يتصل (له / أو لها) من أعراض أو مشاكل مع الآخرين . ويمكن أن تشمل هذه التركيبات متلازمات ثقافية ، وتعابير الشدة ، والنماذج التفسيرية أو الأسباب

المتصورة . أما مستوى الشدة فيعنى تقييم التجارب المؤلمة فيما يتعلق بقواعد الفرد / فى علاقته بالجماعات المرجعية الثقافية فى بيئته الأم . ثم تقييم عملية التأقلم ، والتى قد ينبغي معها طلب المساعدة، والنظر فى الاستخدام المهني البديل ، أو التكميلي ، مثل الاستعانة بمصادر الرعاية المختلفة .

ثالثاً : الضغوطات النفسية والخصائص الثقافية من الضعف والقدرة على التكيف : تحديد الضغوطات والدعم الرئيس في البيئة الاجتماعية للفرد (والتي قد تشمل كل من الأحداث المحلية والبعيدة) ودور الدين ، والأسرة ، وغيرها من الشبكات الاجتماعية (على سبيل المثال ، والأصدقاء ، والجيران ، وزملاء العمل) في توفير العاطفي ، ومفيدة ، والإعلامية الدعم . الضغوطات الاجتماعية والدعم الاجتماعى تختلف مع التفسيرات الثقافية من الأحداث وبناء الأسرة ، والمهام التنموية ، والسياق الاجتماعى . مستويات ينبغي تقييم الأداء والعجز ، والقدرة على التكيف في ضوء الفرد الثقافية الجماعات المرجعية .

رابعاً : المميزات الثقافية للعلاقة بين الفرد والطبيب : تحديد الاختلافات في الثقافة واللغة والوضع الاجتماعى بين الفرد والطبيب الذي قد يؤدي إلى صعوبات في التواصل والتأثير فى (التشخيص والعلاج) ، رغم عمليات التميز في المجتمع ، والتى قد تعوق بناء الثقة والأمان في التشخيص السريري . وقد تشمل الآثار مشاكل غياب أعراض المرض ، وسوء فهم الأهمية الثقافية والسريرية من الأعراض والسلوكيات ، أو مع صعوبة إنشاء أو الحفاظ على علاقة قوية للحاجة للرعاية السريرية الفعالة .

خامساً : تقييم الثقافية الكلي : تلخص الآثار المترتبة على المكونات الثقافية ، والتى حددت بصياغة الأقسام السابقة من مخطط التشخيص والقضايا الأخرى ، أو المشاكل ذات الصلة بالجوانب السريرية ، فضلا عن إدارة العلاج المناسب للتدخل .

مقابلة صياغة الثقافية (CFI) :

مقابلة الصياغة الثقافية (CFI) عبارة عن مجموعة (من ١٦ سؤالاً) التي قد تستخدم من قبل الأطباء للحصول على معلومات من خلال تقييم الصحة النفسية حول التأثير الثقافى على مفتاح الجوانب السريرية لرعاية الفرد . في CFI ، حيث تشير الصياغة الثقافية إلى : -

١. القيم والتوجهات والمعارف والممارسات التي يتجنبها الأفراد الأعضاء المنتمين في الفئات الاجتماعية المختلفة (على سبيل المثال ، الجماعات العرقية ، الجماعات الدينية والمهنية) .
٢. جوانب خلفية الفرد والخبرات التنموية ، والاجتماعية الراهنة عبر السياقات التي قد تؤثر على وجهة (نظره / أو لها) مثل المنشأ الجغرافي ، والهجرة ، اللغة أو الدين ، أو العرق .
٣. تأثير الأسرة ، والأصدقاء ، وغيرهم من أفراد المجتمع (شبكة الفرد الاجتماعية) على تجربة مرض الفرد .

CFI هو مقابلة semistructured وجيزة لتقييم منهجي للعوامل الثقافية في خرائط الملاحة الإلكترونية السريرية؛ ounter والتي يمكن استخدامها مع أي فرد .

ويركز CFI على خبرات الفرد والسياقات الاجتماعية للمشكلة السريرية . ويتبع CFI مقابلة الصياغة الثقافة النهج المرتكز على التقييم الثقافي ، وانتزاع معلومات من الفرد عن آرائه الخاصة ومصالح الآخرين في الشبكة الاجتماعية (له / أو لها) .

وصمم هذا النهج لتجنب القولبة (العولمة) ، الذي يؤثر في المعرفة الثقافية لكل فرد كيف (أنه /أو أنها) يفسر تجربة المرض، وما هى الأدلة وكيف (أنه / أو أنها) يسعى للمساعدة . ولأن مقابلة الصياغة الثقافية CFI تتعلق بآراء الفرد الشخصية ، فلا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة لهذه الأسئلة . وتلك المقابلة متاحة على الإنترنت على موقع **www .psychiatry .org/DSM5** .

ويتم تنسيق مقابلة الصياغة الثقافية CFI كأعمدة النص من اثنين / العمود الأيسر يحتوي على تعليمات لإدارة مقابلة الصياغة الثقافية CFI ويصف أهداف لكل مجال المقابلة . الأسئلة في العمود الأيمن توضيح كيفية استكشاف هذه المجالات ، ولكنها ليس المقصود هنا أن تكون شاملة . فقد تكون هناك حاجة أسئلة المتابعة لتوضيح إجابات الأفراد .

يمكن إعادة صياغة الأسئلة حسب الحاجة . المقصود مقابلة الصياغة الثقافية CFI كدليل لتقييم الثقافية وينبغي أن يستخدم بمرونة للحفاظ على التدفق الطبيعي للمقابلة مع الفرد .

يتم استخدام مقابلة الصياغة الثقافية CFI أفضل بالتزامن مع المعلومات الديموجرافية التي تم الحصول عليها قبل المقابلة من أجل تكييف الأسئلة CFI لمعالجة الخلفية الفرد والوضع الحالي . سوق المجالات الديموغرافية المحددة التي يتعين استكشافها مع CFI تختلف عبر الأفراد والإعدادات . ويمكن أن تشمل تقييم شامل مكان الولادة ، العمر والجنس والأصل العرقي الإثني ، والحالة الزوجية ، وتكوين الأسرة ، والتعليم ، واللغة fluencies ، والتوجه الجنسي ، والانتماء الديني ، والعمالة والدخل ، وتاريخ الهجرة .

كما أن مقابلة الصياغة الثقافية CFI يمكن استخدامها في التقييم الأولي للأفراد في جميع العوامل الصحية ، بغض النظر من الخلفية الثقافية للفرد أو من الطبيب . الأفراد والأطباء الذين تظهر لتبادل الخلفية الثقافية نفسها قد تختلف مع ذلك بطرق التي هي ذات الصلة لرعاية . وCFI يمكن استخدامه كذلك في مجمله ، أو يمكن إدراج مكوناته إلى التقييم السريري حسب الحاجة . ومقابلة الصياغة الثقافية CFI قد تكون مفيدة خصوصا عندما يكون هناك : -

- صعوبة في التقييم التشخيصي بسبب فروق ذات دلالة إحصائية في المجالات الثقافية والدينية ، . أو الخلفيات الاجتماعية والاقتصادية من الطبيب والفرد .
- عدم التأكد من التوافق بين الأعراض المميزة ثقافيا ومعايير التشخيص .
- صعوبة في الحكم على شدة المرض أو ضعف .
- الخلاف بين الفرد والطبيب على مسار الرعاية .
- المشاركة المحدودة في الالتزام بالعلاج من قبل الفرد .

وتتكون مقابلة الصياغة الثقافية CFI من أربعة مجالات للتقييم : تعريف مشكلة الثقافة من (الأسئلة ١-٣) ؛ التصورات الثقافية عن سبب ، السياق ، والدعم (الأسئلة ٤-١٠) ؛ العوامل الثقافية المؤثرة على التأقلم الذاتي ومساعدة سابقة المفضل (الأسئلة ١١-١٣) ؛ والعوامل الثقافية المؤثرة على مساعدة الحالي المفضل (الأسئلة ١٤-١٦) .

وكل من العمليات التي تركز على الشخص من إجراء مقابلة الصياغة الثقافية CFI والمعلومات الناتجة عنها تهدف إلى تعزيز الصحة الثقافية من التقييم التشخيصي ، وتسهيل تخطيط العلاج ، وتشجيع الفرد على المشاركة والارتياح .

ولتحقيق هذه الأهداف ، فإن المعلومات التي تم الحصول عليها من مقابلة الصياغة الثقافية CFI يجب أن تكون متكاملة مع جميع المواد السريرية الأخرى المتاحة في السريرية الشاملة والتقييم السياقي المتصل بذات الشأن . كما أن إصدار مقابلة الصياغة الثقافية CFI يمكن استخدامه لجمع ضمانات مجالات المعلومات على أفراد الأسرة أو القائمين على رعايتهم .

وقد وضعت وحدات تكميلية أن التوسع في كل مجال من مقابلة الصياغة الثقافية CFI وتوجيه الأطباء الذين يرغبون في استكشاف هذه المجالات بمزيد من التعمق . كما وضعت وحدات تكميلية لفئات معينة من السكان ، مثل الأطفال والمراهقين ، الأفراد المسنين ، والمهاجرين واللاجئين . وهذه الوحدات التكميلية يتم الرجوع إليها في مقابلة الصياغة الثقافية CFI تحت العناوين الفرعية ذات الصلة ،والتى تتوفر على الإنترنت على موقع : www .psychiatry .org/DSM5.

التقييم الشخيصى للحالات النفسية السريرية :

يلاحظ أن الوحدات التكميلية تستخدم لتوسيع كل موضوع فرعي من مقابلة الصياغة الثقافية CFI بين قوسين . أما دليل المقابلة ، وتعليمات الباحث فهي تهدف عبر الأسئلة التالية لتوضيح الجوانب الرئيسة مما يقدمه الفرد من معلومات وهى :

المشكلة السريرية تقديم من وجهة عرض (س – الفرد المستهدف – وأعضاء الفرد المقربين) ، وغيرهم من الشبكة الاجتماعية للفرد (أي الأسرة والأصدقاء ، أو غيرهم من المشاركين في المشكلة الحالية) . وهذا يشمل معنى المشكلة ، والمصادر المحتملة للمساعدة ، وتوقعات للخدمات المستهدفة ، ومن تلك الأسئلة :

- ☒ أود أن نفهم المشاكل التي حدثت لك هنا حتى نستطيع أن نساعدك أكثر على نحو فعال ؟
- ☒ أريد أن أتعرف عن تجربتك وأفكارك ؟

سأطلب بعض الأسئلة حول ما يجري وكيف كنت تتعامل معها . يرجى تذكر أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة .

التعريف الثقافي للمشكلة :

المشكلة الثقافية (تفسر النموذج ، ومستوى أداء الفرد) كما تنتزع وجهة نظر الفرد حول المشاكل الأساس والرئيسة لمخاوفه .

التركيز على طريقة الفرد الخاصة فى تفهم المشكلة : ويتم ذلك باستخدام مصطلح أو تعبير أو وصف مختصر مثلاً في السؤال الأول / ما يؤدى إلى التعرف على المشكلة في الأسئلة اللاحقة (على سبيل المثال ،"الصراع مع ابنك) .

نسأل عن طرق الأطر الفردية لمشكلة الأعضاء (س) والشبكة الاجتماعية . وذلك بالتركيز على جوانب المشكلة الأكثر أهمية للفرد كما يلى : -

١. ما يجلب لك اليوم ؟

IF الفردية يعطي بعض التفاصيل أو يذكر بعض الأعراض .

A. التشخيص الطبي الدقيق غالبا ما يفهم الناس مشاكلهم بطريقتهم الخاصة ، والتي قد تكون مشابهة / أو مختلفة ، مع ما يراه الأطباء . والسؤال هنا كيف تصف مشكلتك ؟

٢. أحيانا الناس ما يكون لدى الناس طرقاً مختلفة لواصف مشكلتهم لأسرهم ،أو للأصدقاء ، أو لغيرهم في مجتمعهم . والسؤال كيف تصف مشكلتك لهم ؟

٣. ما المتاعب الأكثر فى مشكلتك ؟

هل المفاهيم الثقافية هى السبب ، أم السياق ، والدعم ، أم الأسباب (تفسير النموذج ، الشبكة الاجتماعية ، دور كبار السن) بالنسبة للفرد ، والتي قد تكون ذات صلة بالرعاية السريرية ، ويلاحظ أن الأفراد قد يحددوا أسباباً متعددة ، اعتماداً على جانب من جوانب المشكلة التي تشغل أفكارنا ، كما يتم التركيز على آراء أعضاء الشبكة الاجتماعية للفرد ، والتى قد تكون متنوعة وتختلف من فرد لآخر .

٤. لماذا تعتقد أن هذا يحدث لك ؟ ما هي برأيك أسباب تلك المشكلة ؟

بعض الناس قد يفسروا مشكلتهم كما لو كانت نتيجة من الأشياء السيئة التي تحدث في حياتهم ، أو نتيجة مشاكلهم مع الآخرين ، وقد ترجع مشاكلهم لمرض جسدي ، أو نفسى ، أو غيرها من العوامل المسببة لها .

٥. ما يفعله آخرون في عائلتك / الأصدقاء / أو آخرين في مجتمعك مما قد يسبب [مشكلة خاصة بك] ؟

لاحظ الوحدات التكميلية تستخدم لتوسيع كل موضوع فرعي لمقابلة الصياغة الثقافية CFI ، مثل دليل الباحث لتعليمات المقابلة . الضغوطات والدعم (مثل الشبكة الاجتماعية ، ومقدمي الرعاية ، والضغوطات النفسية ، والمهاجرين واللاجئين ، والهوية الثقافية ، وكبار السن ، وسُبل المساعدة المفضلة) الحصول على معلومات عن سياق حياة الفرد ، والدعم الاجتماعى ، والقدرة على التكيف .

ويمكن أيضاً تحقيق عناصر الدعم الأخرى (على سبيل المثال ، من زملاء العمل ، الأصدقاء ، الأسرة) . مع التركيز على الجوانب المجهدة لبيئة الأفراد ، على سبيل المثال : مشاكل العلاقة ، صعوبات في العمل أو المدرسة ، أو التمييز .

٦. هل هناك أي من أنواع الدعم التي فى تجنب حدوث [مشكلة لديك] ، مثل دعم من الأسرة والأصدقاء ، أو غيرها؟

٧. هل هناك أي من أنواع الضغوط التي تُسهم فى [مشكلة لديك] ما هى أسوأ ، تلك الصعوبات : مشاكل مع المال ، أو الأسرة ، أو غيرها ؟

دور الهوية الثقافية :

(الهوية الثقافية ، النفسية الضغوطات ، الدين ، والمهاجرين واللاجئين ، وكبار السن والأطفال والمراهقين) ويطلب من الفرد هنا التفكير في العناصر الأكثر بروزا للهوية الثقافية (له / أو لها) . باستخدام هذه المعلومات لتكييف الأسئلة من (٩-١٠) حسب الحاجة .

تثير جوانب الهوية من جعل المشكلة (تدار بشكل أفضل) مما هو أسوأ . وذلك حسب الحاجة (على سبيل المثال ، التفاقم السريري نتيجة التمييز بسبب حالة الهجرة ، والعرق) .

التحقيق حسب الحاجة (على سبيل المثال ، المشاكل المتعلقة بالهجرة ؛ الصراع عبر الأجيال) .

في بعض الأحيان ، قد 'تسهم الجوانب الخلفية من الناس / مثل الهوية التي يمكن أن تحدث تحول [للمشكلة] من أفضل أو أسوأ من ذلك .

وبواسطة الخلفية أو الهوية ، على سبيل المثال : فإن المجتمعات التي تنتمي إلى اللغات المشتركة ، أو الخلفية العرقية ، وعلى قوة الإيمان بالله - سبحانه وتعالى - وتمسكه بدينه ، ما يسهم في جعل المشكلة النفسية والاجتماعية تمر بصورة أفضل .

٨. بالنسبة لك ، ما هي أهم جوانب خلفيتك أو هويتك ؟

٩. هل هناك أي جوانب أو هوية ، أو خلفية خاصة بك ، والتي قد تحدث فرقا لديك [مشكلة] ؟

١٠. هل هناك أي جوانب خلفية خاصة بك أو هوية قد تسبب مخاوف أو صعوبات أخرى بالنسبة لك ؟

تؤثر العوامل الثقافية على المساعدة الذاتية Self-Help والتأقلم الذاتي (في التعاملات وتقديم المساعدة المفضلة ، ودور كبار السن ، ومقدمي الرعاية ، والضغوطات النفسية والاجتماعية) مع تعزيز التكيف الذاتي للتعامل مع هذه المشكلة .

١١. أحيانا ما يكون لدى الناس طرقاً مختلفة للتعامل مع مشاكل مثل : ماذا فعلت بنفسك للتعامل مع هذه [المشكلة] ؟

لاحظ الوحدات التكميلية التي تستخدم لتوسيع كل موضوع فرعي CFI مثل سبق طلب المساعدة (وطرق التعامل والمساعدة المفضلة ، ودور كبار السن ، ومقدمي الرعاية النفسية ، والضغوطات ، والشبكة الاجتماعية ، وعلاقة الطبيب بالمريض) كما تنزع مصادر مختلفة للمساعدة (على سبيل المثال ، الرعاية الطبية) .

١٢. ويبحث الناس - في كثير من الأحيان - عن المساعدة في العديد من العلاجات الصحية ، أو مجموعات الدعم ، workbased أو مع الإرشاد والعلاج الشعبي الذي قد يُسهم في تقديم المشورة ، وغيرها من الأشكال من العلاجات التقليدية أو البديلة) .

بحث حسب الحاجة (على سبيل المثال ، ما هي المصادر الأخرى اللازمة للمساعدة والذي قد استخدمته من قبل ؟) .

توضيح تجربة الفرد مع المساعدة السابقة للمصادر المختلفة ، بما في ذلك الأطباء والمساعدين ، أو المعالجين في السابق ، وما هي أنواع العلاج التى استخدمتها ، وهل توصلت إلى الشفاء وحل [مشكلة] ؟ دقق إذا لم يتم توضيح منفعة أو مساعدة حصلت عليها : أو كانت تلك المساعدة أو العلاج الأكثر فائدة ؟

(وطلب المساعدة المفضلة ، من الدين ، ومن كبار السن ، لحل الضغوطات النفسية والاجتماعية ، أو عن طريق الشبكة الاجتماعية ، ومستوى العلاقة بين الطبيب والمريض) مع توضيح دور الحواجز الاجتماعية التى تحول دون الحصول على المساعدة .

١٣. وهناك مشاكل تُعيق دون الحصول على الرعاية المتكاملة ، مثل مشاكل الانخراط في العلاج السابق ؟

على سبيل المثال : المال ، والعمل أو الالتزامات العائلية ، أو وصمة العار من المرض ؟

العوامل الثقافية التي تؤثر على تقديم المساعدة :

وتأتى على رأسها (الشبكة الاجتماعية ، ومقدمي الرعاية ، وكبار السن) وتوضح الاحتياجات الفردية الحالية المتصورة وفقاً للتوقعات الحالة ، وعلى تقديم المساعدة ، وذلك على نطاق واسع .

كما تُسهم تشخيصات القوائم الفردية كمصدر وحيد فقط للمساعدة (على سبيل المثال ، ما هي أنواع أخرى من المساعدة المفيدة لمساعدة الحالة في هذا الوقت ؟) .

١٤. ما هي أنواع المساعدة وفقاً لما ترونه ، والأكثر فائدة لك في هذا الوقت [مشكلة] ؟

١٥. هناك أنواع أخرى من المساعدة التي قد تقدمه عائلتك ، باقتراح الأصدقاء ، أو أشخاص آخرين سيكون من المفيد أن يقدموا الدعم لك ؟

علاقة الطبيب (الطبيب والعلاقة بالمريض ، وبكبار السن) ويلاحظ أنها تثير المخاوف الممكنة حول العيادة أو الطبيب ، بما في ذلك النظر له بعنصرية ، إضافة إلى الحواجز اللغوية ، أو الاختلافات الثقافية التي قد تقوض حسن النية ، والاتصالات ، أو تقديم الرعاية السليمة .

بحث التفاصيل حسب الحاجة (على سبيل المثال ، ما هي الطريقة التى ستتبعها ؟) . معالجة الحواجز الممكنة للرعاية أو الاستفسارات حول العلاج العيادى ، والعلاقة بين الطبيب المريض .

وفي بعض الأحيان قد يسيئ الأطباء فهم المرضى لأن بعضهم قد يأتي من خلفيات مختلفة أو لديهم توقعات مختلفة .

١٦. هل تشعر بالقلق إزاء ذلك ، أو مع أي شيء يمكننا القيام به لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها ؟

وتهتم الصياغة الثقافية المقابلة (CFI) بجمع المعلومات المتصلة بالمشاكل السريرية وظروف حياة الفرد التي تم تحديدها . وهذه الصيغة يمكن أن تستخدم لاستكمال المعلومات التي تم الحصول عليها من الصياغة الثقافية المقابلة CFI الأساس أو التى يمكن استخدامها بدلا من CFI .

وقد يكون الفرد غير قادر على توفير المعلومات ، على سبيل المثال : مع الأطفال أو المراهقين ، والأفراد الذهانيين ، والأشخاص ذوي الإعاقة الإدراكية .

صياغة الثقافية المقابلة (CFI) توجد تعليمات فى نسخة دليل المقابلة الموجهة إلى الباحث . وتهدف هذه الأسئلة التالية لتوضيح الجوانب الرئيسة للمشكلة السريرية من تقديم النقطة (س) والرأي المقابل لها . ويشمل هذا المشكلة ، وهذا يعني ، تقديم المصادر المحتملة للمساعدة ، وتوقعات الخدمات التى يمكن توفيرها .

مقدمة :

يشير تفهم المشاكل التي تجلب للعائلة ، متطلبات تقديم المساعدة (لـه / لهـا) علـى نحو أكثر فعالية ، والهدف هو التعرف على تجربة الفرد وأفكاره . وهو ما يتطلب الإجابة على بعض الأسئلة حول ما يجري وكيف يحدث ؟ لك ولعائلتك . وتذكر أنـه لا توجـد إجابات صحيحة ، وأخرى خاطئة ، وإنما الصحيح هو ما يعبر عن رأيك فقط .

العلاقة مع المريض :

توضيح العلاقة بين الفرد والأسرة .

١) - كيف تصف علاقتك بالأسرة [فردية أو **FAMILY**] ؟

تعريف الثقافية للمشكلة / انتزاع وجهة نظر للمشاكل الأساس .

٢)- **المخاوف** . التركيز على طريقة فهـم الفـرد للمـشكلة . اسـتخدام مـصطلح أو تعبير أو وصف مختصر في السؤال الأول يهدف إلى التعرف على المشكلة في الأسـئلة اللاحقة (على سبيل المثال / صراع الأم مع ابنها) . نسأل كيف حدثت المشكلة ؟

تركز الشبكة الاجتماعية على جوانب المشكلة التي تهم الباحث .

٣)- ماذا تجلب لعائلتك كعضو ينتمي لها ؟

٤)- كيف تصف [كفرد] المشكلة ؟ أحيانا ما يكون لدى الناس طرقاً مختلفة لوصف المشكلة إلى الأسرة والأصدقاء ، أو مع غيرهم ؟

٥)- ما المتاعب الأكثر تأثيراً فى مشكلة [الفرد] ؟ ما هى المفاهيم الثقافية الناتجة سياق المشكلة ، أم الدعم ؟

٦)- هذا السؤال يشير إلى معنى الشرط للباحث .

والتي قد تكون ذات صلة بالرعاية السريرية ، وقد يحدد الباحثين قد أسباباً متعددة اعتمادا على جانب واحد من جوانب المشكلة . لماذا تعتقد أن ذلك سوف يحدث [الفردية] ؟ ما رأيك فى أسباب (له / لها [المشكلة] ؟

٧)- نقطة أخرى إذا لزم الأمر : بعض الناس قد يشرح المشكلة كما لو أنها نتيجة من الأشياء السيئة التي تحدث في حياتهم ، أو نتيجة مشاكلهم مع الآخرين ، أو أنها تعود إلى الأمراض الجسدية ، أو إلى العديد من الأسباب الأخرى ؟

٨)- ما يفعله الآخرون في [الفرد] الأسرة (له / لها) الأصدقاء ، أو آخرين ، ممن تعتقد أنهم سبباً فى مشكلتك ؟

٩)- حصول دعم من المعلومات فى سياق حياة الفرد (الخبرة) .
هل هناك أي من أنواع الدعم التي تجعل التركيز على آراء الفرد بصورة أفضل ؟
. . . .

- الشبكة الاجتماعية . قد تكون متنوعة من الضغوطات ، والدعم الاجتماعى ، والقدرة على التكيف . ويمكن أيضاً تحقيق مصادر دعم أخرى (على سبيل المثال ، من زملاء العمل ، من مشاركة الأفراد الصالحين فى المجتمع) .

١٠) - التركيز على الجوانب المجهدة لبيئة الفرد ، على سبيل المثال : مشاكل العلاقة ، والصعوبات في العمل أو المدرسة ، ما رأيك فى ذلك ؟
. . . .

١١)- [المشكلة] من الأفضل ، أن يتم حلها مع الأسرة والأصدقاء ، أو غيرهم؟ وهل هناك أي من أنواع الضغوط التي تجعل له / لها [مشكلة] مما هو أسوأ ، مثل صعوبات مع مشاكل المال ، أو مع الأسرة ؟

دور الهوية الثقافية :

نسأل للتفكير في العناصر الأكثر بروزا للهوية الثقافية للفرد . استخدام هذا المعلومات لتكييف الأسئلة من (١٠- ١١) حسب الحاجة . وتثير جوانب الهوية التي تجعل المشكلة بشكل أفضل أو ما هو أسوأ ، وذلك حسب الحاجة (على سبيل المثال ، تفاقم الحالة السريرية نتيجة للتمييز بسبب حالة الهجرة ، أو الميول) .

التحقيق حسب الحاجة (على سبيل المثال ، مشاكل المتعلقة بالهجرة؛ الصراع عبر الأجيال أو بسبب الأدوار بين الجنسين) .

وفي بعض الأحيان ، الجوانب الخلفية من ثقافة الناس أو الهوية يمكن أن تجعل من [المشكلة] أن تحل بشكل أفضل / أو بما هو أسوأ . أو بواسطة الخلفية أو الهوية ، على سبيل المثال ، والناس الذين الذين يتكلمون لغات أخرى غير بلد المهجر ، حيث يختلفوا فى الإيمان بالله - سبحانه وتعالى - وفى الدين ، وفى خصائص الأسرة ، أو العرق أو الخلفية العرقية ، والتوجه الثقافى والاجتماعى .

٩. بالنسبة لك ، ما هي أهم جوانب خلفية [الفرد] نحو الهوية؟

١٠. هل هناك أي جوانب [للفرد] تتصل بالخلفية أو الهوية التي تحدث فرقا لها عند حل [مشكلة] ؟

١١.هل هناك أي جوانب لخلفية [الفرد] أو الهوية التي تتسبب فى اهتمامات أخرى أو صعوبات بالنسبة له/ لها؟

١٢. لدى الناس أحيانا طرقاً مختلفة للتعامل مع مشاكل مثل [مشكلة . . .] . ما يمكن [للفرد] القيام به له/ لها مع تملك له/ لها لمواجهة [مشكلة] ؟

وقد طلب فى الماضي انتزاع مصادر مختلفة للمساعدة فى حل المشكلة (على سبيل المثال ، الرعاية الطبية ، علاج الأمراض النفسية ، ومجموعات الدعم ، الإرشاد الدينى ، والعلاج الشعبي بهدف تقديم المشورة ، وغيرها من أشكال الشفاء البديل) . البحث حسب الحاجة (على سبيل المثال : ما هي المصادر الأخرى للمساعدة والتى أنه / أو أنها يستخدمها ؟) . توضيح تجربة الفرد وتوضيح طرق المساعدة السابقة .

١٣. في كثير من الأحيان ، ينظر الناس أيضاً للحصول على مساعدة من العديد من المصادر المختلفة ، بما في ذلك أنواع مختلفة من الأطباء والمساعدين ، أو المعالجين . وفي الماضي ، ما هي أنواع من العلاج ، أو المساعدة ، والمشورة التى تم تقديمها [الفردية] هل سعى للشفاء بها [المشكلة . .] ؟

دقق إذا لم يتم توضيح منفعة من المساعدة المتحصل عليها : وما هى أنواع المساعدة أو العلاج الأكثر فائدة لك ؟ هل ليست هناك فائدة ؟ ما هى الحواجز توضيح دور الحواجز الاجتماعية لطلب المساعدة .

١٤. الحصول على الرعاية ، وما هى مشاكل الانخراط في العلاج السابق ، وبحث التفاصيل حسب الحاجة (على سبيل المثال : ماذا حدث جراء هذه الطريقة ؟) .

هل منعت من الحصول على المساعدة المطلوبة التى (هو/ هي) بحاجة إليها ؟ دقق حسب الحاجة : على سبيل المثال ، فى المال ، والعمل أو الالتزامات العائلية ،والتمييز ، أو عدم تقديم الخدمات التي يفهم منها(له/ لها) لغة أو الخلفية ؟

العوامل الثقافية التي تؤثر أولويات تقديم المساعدة HELP :

توضيح الاحتياجات الفردية الحالية المتصورة ومع توقعات (س) للإسهام فى المساعدة ، ويعرف على نطاق واسع ، بين (س ، ص) . أما قوائم المساعدة فتشمل (على سبيل المثال ، ما هي أنواع أخرى من المساعدة التى ستكون مفيدة IIndividualI في هذا الوقت ؟) . ثم التركيز على وجهات نظر الشبكة الاجتماعية المتعلقة بالمساعدة . الآن دعونا نتحدث عن المساعدة [الفردية] .

١٥. ما هي أنواع المساعدة ستكون مفيدة للغاية (له/ لها) في هذا الوقت لحل [المشكلة . .] ؟

١٦. هناك الأنواع الأخرى من المساعدة التي تقدم لكل من [الفرد] الأسرة والأصدقاء ، أو أشخاص آخرين واقترح أن تكون مفيدة بالنسبة (له / لها) الآن ؟

وتثير علاقة الطبيب بالمريض المخاوف الممكنة حول العيادة أو الطبيب أوفى العلاقة مع الطبيب ، بما في ذلك النظرة العنصرية ، والحواجز اللغوية ، أو الاختلافات الثقافية التي قد تقوض بحسن نية ، كما بحثت التفاصيل حسب الحاجة (على سبيل المثال ، ما هي الطريقة التى سيتبعها الطبيب ؟) .

أحيانا يأتى الأطباء والمرضى من خلفيات ثقافية مختلفة ، وقد يحدث سؤ فهم nusunderstand لغوى نظراً لتلك الخلفيات المختلفة أو يكون لديهما توقعات مختلفة .

١٧. هل كنت تشعر بالقلق إزاء هذا الأمر ، وهل هناك أي شيء يمكننا القيام به لتوفير الرعاية والاحتياجات اللازمة (له/ لها) ؟

وتشير المفاهيم الثقافية الخاصة بشدة الاستغاثة ، بالطرق التي يمكن للمجموعات الثقافية تجربتها ، وفهما ، والتواصل مع المعاناة والمشاكل السلوكية ، أو الأفكار المثيرة للقلق والعواطف .

ويمكن التمييز بين أنواع ثلاثة رئيسة من المفاهيم الثقافية وهى . المتلازمات الثقافية وهي مجموعات من الأعراض والصفات التي تميل للمشاركة في التحدث بين الأفراد وفق أطر ثقافية محددة ، ويتم من خلالها التعرف على الجماعات والمجتمعات ، أو السياقات المحلية باسم الأنماط المتماسكة من الخبرة .

والثانية هى التعابير الثقافية للتعبير عن الشدة والمعاناة التي قد لا تنطوي على أعراض أو متلازمات معينة ، ولكنها تقدم الطرق الجماعية المشتركة التي 'تسهم فى الحديث والتعبير عن المخاوف ، سواء الشخصية أو الاجتماعية . وعلى سبيل المثال : الحديث اليومي عن" الأعصاب" أو" الاكتئاب" والذى قد يشير إلى نطاق واسع من أشكال المعاناة المتفاوتة دون رسم الخرائط في الصعود إلى مجموعة منفصلة من الأعراض .

والثالثة هى متلازمة الاضطراب . وتتحدد بتفسيرات ثقافية أو نتيجة أسباب متصورة ، والتى تشتمل على تسميات ، وصفات ، أو ملامح نموذجا تفسيرية ، والتي

تشير إلى المجالات المعترف بها ثقافيا سواء فى المعنى أو المتعلقة بمسببات أعراض المرض ، أو المحنة .

هذه المفاهيم الثلاثة السابقة للمتلازمات ، والتعابير ، والتفسيرات / هي الأكثر ملاءمة للممارسة السريرية من مُتلازمة ملزمة الثقافة بمفرده . وعلى وجه التحديد ، فإن مصطلح متلازمة ملزمة الثقافة يتجاهل حقيقة أن الاختلافات الثقافية السريرية الهامة ، في كثير من الأحيان قد ينطوي على تفسيرات أو تجربة الشدة بدلا من التكوينات الثقافية المميزة من الأعراض . وعلاوة على ذلك ، فإن مصطلح ملزمة الثقافة يؤكد على الخصوصية المحلية فى التوزيع المحدود للمفاهيم الثقافية الشديدة . كم أن الصياغة الحالية تعترف بأن جميع أشكال الضائقة تتشكل محليا ، بما في ذلك اضطرابات دليل DSM .

من هذا المنظور ، فإن العديد من التشخيصات وفقاً لدليل DSM يمكن أن تفهم على أنها نماذج تفعيلية تبدأ باعتبارها متلازمات ثقافية ، وقد 'تصبح مقبولة على نطاق واسع نتيجة للسريرية ولنتائج البحوث . وذلك عبر المجموعات التى لا تزال تعانى من اختلافات فى نمط ثقافى يرتبط بالأعراض ، وطرق الحديث عن المحنة ، والأسباب المتصورة محليا ، والتي هي بدورها ترتبط مع استراتيجيات وأنماط المساعدة التى تسعى للتأقلم .

وتنشأ هذه المفاهيم الثقافية من الشعبية المحلية أو الأنظمة المهنية التى 'تعنى بمجالات التشخيص العقلي والاضطراب العاطفي ، والتى قد تعكس أيضاً تأثير المفاهيم الطبية الحيوية .

ولدى المفاهيم الثقافية أربعة ملامح رئيسة فيما يتعلق بدليل **DSM-5** الخاص بعلم تصنيف الأمراض :

1)- نادرا ما تكون المراسلات من شخص / إلى آخر ، وذلك وفق أي مفهوم ثقافي مع تشخيص DSM ؛ ومن المرجح أن تكون المراسلات واحدة لكثير من أي اتجاه المراسلات . إلا أن الأعراض أو السلوكيات قد يتم فرزها حسب دليل DSM-5 إلى عدة اضطرابات قد تكون مدرجة في مفهوم واحد ، أما العروض المتنوعة التي يمكن

تصنيفها من قبل دليل DSM-5 مثل المتغيرات من اضطراب واحد فيمكن فرزها إلى عدة مفاهيم متميزة من قبل نظم التشخيص الأصلية .

2)- المفاهيم الثقافية تشترك عبر مجموعة واسعة من شدتها ، بما في ذلك العروض التي لا تستوفي معايير DSM وذلك مع أي اضطراب عقلي . على سبيل المثال ، الفرد / الحاد الحزن أو الذى يعانى من مأزق اجتماعى قد يستخدم نفس مصطلح الشدة ، أو يعرض نفس المتلازمة الثقافية / ونفس الحال مع شخص آخر يعانى من الأمراض النفسية الأكثر شدة .

3)- في الاستعمال الشائع ، فإن المصطلح الثقافي نفسه في كثير من الأحيان يدل على أكثر من نوع واحد من المفهوم الثقافي . وهناك مثال مألوف فقد يستخدم مفهوم "الاكتئاب" ، لوصف متلازمة (على سبيل المثال ، اضطراب اكتئابي) ، مع عبارات الشدة (على سبيل المثال : كما في التعبير الشائع أشعر بالاكتئاب) ، أو ما ينظر إليه (على غرار " الإجهاد ") .

4)- المثل الثقافى مع دليل DSM نفسه ، قد تتغير معه - عبر الإصدارات المتتابعة من (DSM 1-5) لتلك المفاهيم الثقافية مع مرور الوقت ، وذلك استجابة لكلا من التأثيرات المحلية والعالمية .

أهمية المفاهيم الثقافية فى تشخيص الأمراض النفسية لعدة أسباب : -

١. لتجنب التشخيص الخاطئ : نتيجة للاختلاف الثقافي في الأعراض والنماذج التفسيرية المرتبطة مع هذه المفاهيم الثقافية ، والتى قد تؤدي بالأطباء إلى الحكم الخاطئ على شدة المشكلة أو تعيين تشخيص خاطئ (على سبيل المثال : قد يكون غير مألوف التفسيرات الشعبية ، والتى يساء فهمها وتفسيرها على أنها ذهان) .
٢. الحصول على المعلومات السريرية المفيدة : فقد تترافق الاختلافات الثقافية مع الأعراض والصفات مع ميزات معينة من المخاطر ، والمرونة ، وبالتالى تؤثر على النتائج النهائية .
٣. تحسين العلاقة السريرية : ويتم بالانخراط مع لغة المريض "يتحدث بلغة المريض" سواء لغويا، أو ثقافياً ، وذلك من حيث (له / أو لها) المفاهيم

السائدة والاستعارات ، التي يمكن أن تؤدي إلى مزيد من التواصل والرضا بينهما ، وتسهيل التفاوض والعلاج المستهدف .

٤. تحسين الكفاءة العلاجية : تؤثر الثقافة على الآليات النفسية للاضطراب ، والتي يجب أن تكون مفهومة وموجهة إلى تحسين الفاعلية السريرية . وعلى سبيل المثال : يمكن إدراك كارثة محددة ثقافيا ، قد تُسهم في تصعيد الأعراض إلى نوبات الهلع .

٥. توجيه البحوث السريرية : ويتم بتحسين الاتصالات بين المفاهيم الثقافية المتصورة محليا ، والتي قد تساعد في تحديد أنماط الاعتلال المشترك والركائز البيولوجية الأساس .

٦. توضيح الأشكال الثقافية : حيث لا يتفق على المفاهيم الثقافية بشكل موحد من قبل الجميع ، حتى في ثقافة واحدة معينة . لذا يتم تمييز المتلازمات ، والتعابير ، والتفسيرات التي توفر نهجا لدراسة توزيع تلك الخصائص الثقافية حول المرض عبر إعدادات المجتمعات المختلفة ، وعلى مر الزمن (المكانية / والزمنية) . والتي تُثير أيضاً أسئلة حول محددات المخاطر الثقافية ، وبطبيعة الحال ، فإن نتائج تلك العوامل الصحية والمجتمعية تدفع إلى تعزيز قاعدة الأدلة ، المستقاة من البحوث الثقافية .

ويتضمن دليل DSM-5 معلومات عن المفاهيم الثقافية من أجل تحسين دقة التشخيص وتحقيق شمولية التقييم السريري .

التقييم السريري للأفراد . ينبغي تقديم هذه المفاهيم الثقافية مع تحديد ما إذا كانت تلبي دليل DSM-5 وفقاً لمعايير الاضطراب المحدد أو للتشخيص المحدد ، أو غير المحددة الأخرى .

وعند تشخيص اضطراب معين ، ينبغي إدراج الأحكام والتفسيرات الثقافية ، والتي قد تساعد على توضيح الأعراض والصفات المسببة لها / والتي يمكن أن وتكون خلاف ذلك وقد تكون مربكة .

أما الأفراد الذين لا يستوفون معايير DSM لأغراض محددة مثل أعراض الاضطراب العقلي فقد لا يزالون يتوقعون العلاج ، وهذا ينبغي أن تقيم على أساس كل حالة .

بالإضافة إلى **CFI** كوحدات تكميلية لدليل **DSM-5** والذى يحتوي على المعلومات والأدوات التي قد تكون مفيدة عند دمج المعلومات الثقافية التالية في الممارسة السريرية : -

- ❖ البيانات في دليل DSM-5 تستند على المعايير والنصوص لاضطرابات معينة : ويشمل النص المعلومات القائمة على الاختلافات الثقافية ، وفقاً لمعدل انتشار الأعراض ، ويرتبط بتلك المفاهيم الثقافية ، والجوانب السريرية الأخرى . ومن المهم التأكيد على أنه لا توجد مراسلات من واحد إلى واحد آخر ، وذلك على المستوى القاطع بين الاضطرابات DSM والمفاهيم الثقافية الفارقة ، ولذلك يجب عند تشخيص الأفراد أن يتضمن معلومات عن الإختلاف الثقافي ، والاختلاف مع المعلومات التى تم التوصل إليها .
- ❖ الشروط الأخرى التي قد تكون محط الاهتمام السريري : توجد بعض المخاوف السريرية التي حددها CFI قد تتوافق مع رموز V أو Z رموز على سبيل المثال ، مشاكل التثاقف ، والمشاكل العلائقية بين الوالدين والطفل .
- ❖ معجم المفاهيم الثقافية للاستغاثة : ويوفر هذا المسرد أمثلة للمفاهيم الثقافية المدروسة ، والمتعلقة بالشدة التي توضح أهمية المعلومات الثقافية ، المعبرة عن التشخيص السريري وبعض من العلاقات المتبادلة بين المتلازمات الثقافية ، وتعابير الشدة ، والتفسيرات السببية .

موديل دليل DSM-5 بديل الشخصية الغريبة :

يبدو أن النهج الحالي لتصنيف اضطرابات الشخصية في القسم الثاني من دليل DSM-5 والذى يتم فيه تقديم نموذج بديل وضع لدليل DSM-5 هنا في القسم الثالث . وقد تم إدراج كلا النموذجين في DSM-5 ويعكس قرار مجلس أمناء (الجمعية النفسية الأمريكية APA) للحفاظ على استمرارية الممارسة السريرية الحالية ، في حين أن إدخال

نهج جديد يهدف إلى معالجة العديد من أوجه القصور في النهج الحالي لاضطرابات الشخصية .

وعلى سبيل المثال ، فإن معايير جلسة لمريض - نموذجي - مع اضطراب في الشخصية المحددة ، يلبي معايير اضطرابات الشخصية الأخرى . وبالمثل ، الاضطرابات الأخرى المحددة أو غير المحددة لاضطراب الشخصية . والذى غالبا ما يكون التشخيص فيها صحيح (ولكنه في الغالب مبهم) ، بمعنى أن المرضى لا يميلوا إلى تقديم أنماط من الأعراض التي تتوافق مع اضطراب واحد للشخصية فقط .

في البديل للنموذج التالي لدليل **DSM-5** ، تم تمييز اضطرابات الشخصية من قبل الضعف في أداء الشخصية وسمات الشخصية المرضية المحددة / ويشمل تشخيص اضطراب الشخصية التي يمكن الحصول عليه من هذا التصنيف المعادي للمجتمع ، كل من : الانطوائية ، الشريط الحدودي ، النرجسي ، الوسواس القهري ، واضطرابات الشخصية الفصامية .

ويشمل هذا النهج أيضاً تشخيص اضطراب الشخصية كسمة محددة (PD -TS) والتي يمكن إجراؤها عندما يعتبر أن اضطراب الشخصية موجود ولكن معايير الاضطراب المحددة لم يتم الوفاء بها .

المعايير العامة لاضطراب الشخصية :

المميزات الأساسية لاضطراب في الشخصية هي : -

١. انخفاض معتدل أو أكبر في سير الشخصية (الذات الشخصية) .
٢. احد أو أكثر سمات الشخصية المرضية .
٣. ضعف في أداء الشخصية ، كما أن التعبير عن سمة شخصية الفرد غير مرن نسبيا ومنتشر عبر مجموعة واسعة من حالات الشخصية الاجتماعية .
٤. ضعف في أداء الشخصية والتعبير ، والذى يشير إلى سمة شخصية الفرد المستقرة نسبيا عبر الزمن ، والذى يمكن إرجاع بدايته ، إلى ما لا يقل عن مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر .
٥. ضعف في أداء الشخصية والتعبير عنها كسمة من شخصية الفرد، والتى لم يتم شرحها بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر .

٦. ضعف في أداء الشخصية والتعبير كسمة من شخصية الفرد ، والتي لا تعزى فقط إلى الآثار الفسيولوجية للمادة أو لآخر حالة طبية (على سبيل المثال ، صدمات الرأس الشديدة) .

٧. ضعف في أداء الشخصية والتعبير عنها كسمة من شخصية الفرد ، والتي لا تُفهم بصورة أفضل وفقاً للمرحلة التنموية ، الاجتماعية ، والثقافية ، والبيئة للفرد .

تشخيص اضطراب في الشخصية يتطلب اثنين من القرارات الآتية :

١) تقييم مستوى انخفاض أداء الشخصية ، المعيار A

٢) تقييم السمات الشخصية المرضية ، وهو متطلب للمعيارA

العاهات في أداء شخصية والتعبير عن سمة شخصية غير المرنة نسبياً ، والمنتشرة عبر مجموعة واسعة من المواقف الشخصية والاجتماعية المستقرة نسبيا عبر الزمن ، مع التي يمكن إرجاعها إلى ما لا يقل عن مرحلة المراهقة أو البلوغ المبكر ، والتى لم تفسر بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، ولا يعزى لآثار مادة أو حالة طبية أخرى ؛ ولا تفهم بشكل أفضل كالمعتاد بالنسبة للمرحلة التنموية الفرد أو الاجتماعية والثقافية والبيئة (المعيار G) . وتلي هذه المعايير العامة ، من خلال التعريف المدرج فى القسم الثالث لاضطرابات الشخصية التي تم وصفها وفقاً لمعايير المحددة .

المعيار فى سير الذات الشخصية :

تشكل اضطرابات الشخصية جوهر علم النفس المرضي ، وفي هذا النموذج للدليل التشخيصى يتم تقييمه على أنها سلسلة متصلة . والذى ينطوي على الهوية والتوجيه الذاتي الذى ينطوي على أداء الشخصية ، وفقاً للتعاطف والحميمية .

وعلى مستوى أداء شخصية فى مقياس (LPFS) فى كل من هذه العناصر للتمييز بين خمسة مستويات من الضعف والتى (تتراوح بين ضئيلة أو معدومة القيمة (أي صحية ، سير التكيف ؛ المستوى) وفقاً للتصنيف (المستوى ١ معتدل) (المستوى ٢ شديد) (المستوى ٣ متطرف) (المستوى ٤ ضعيف) .

عناصر من أداء شخصية :

١. الهوية : تجربة فريدة من نوعها للفرد ، مع حدود واضحة بين الذات والآخرين ؛ والاستقرار واحترام الذات ودقة التقييم الذاتي ، والقدرة على التنظيم ، ومجموعة من التجارب العاطفية .

٢. التوجيه الذاتي : ويشير السعي لتحقيق الأهداف المتماسكة وذات مغزى قصير الأجل ؛ مع استخدام معايير داخلية بناءة للسلوك الاجتماعى الإيجابي ؛ مع القدرة على الذات المنتجة .

الشخصية :

١. التعاطف : ويتسم بالفهم والتقدير من تجارب الآخرين والدوافع ؛ والتسامح مع إختلاف وجهات النظر ؛ وفهم آثار سلوك المرء على الآخرين .

٢. العلاقة الحميمة : وتتميز بالعمق والتواصل مع الآخرين ؛ والرغبة والقدرة على التقارب المتبادل فيما ينعكس على سلوك الأفراد .

وفى ظل وجود اضطراب الشخصية ، يحدث انخفاض فى أداء الشخصية ، ويتم التنبؤ بمدى شدتها إذا كان الفرد لديه شخصية أكثر من اضطراب واحد ، أو مع أحد أشد اضطرابات الشخصية . A

أما المستوى المعتدل من ضعف أداء شخصية / فهو متطلب ضرورى لتشخيص اضطراب الشخصية ؛ والذى يستند على الأدلة التجريبية على مستوى أداء الشخصية ، والمتصل بتشخيص الأطباء بدقة لاضطراب الشخصية وفقاً لمعايير علم الأمراض .

المعيار (ب) : يتم تنظيم سمات الشخصية المرضية في خمسة مجالات رئيسية هي :

الوجدان / السلبية / والعداء/ والسلوك الفاضح / والذهانية Psychoticism .

وذلك ضمن خمسة سمات للشخصية واسعة المجالات كسمات محددة من (٢٥) من الأوجه التي تم تطويرها في البداية من استعراض قائمة سمات نماذج الشخصية ، وذلك من خلال البحوث المتعددة ، مع عينات من الأشخاص الذين سعوا لتلقى خدمات الصحة النفسية .

وتشمل المعايير B للاضطرابات الشخصية المحددة مجموعات فرعية من هذه الصفة لعدد الـــ (٢٥) فرعاً من الأوجه ، وذلك استنادا إلى الملاحظات التحليلية والبيانات التجريبية فى صفات اضطراب الشخصية فى الدليل التشخيصى DSM-IV .

معايير **C** ، **D** : وتشير إلى ضعف في أداء الشخصية ، وسمات الشخصية المرضية المنتشرة نسبيا عبر مجموعة من السياقات الشخصية والاجتماعية ، والذي يعرف الشخصية نمطية من الإدراك المتصل بالتفكير في البيئة والذات . كما يعكس حقيقة أن كل هذه التشخصيات تظهر بعض الدرجة من القدرة على التكيف ، ما عدا الشخصيات الأكثر مرضية للغاية . كما أن نمط اضطرابات الشخصية يشير إلى التأقلم غير المرن نسبيا ، الأمر الذي يؤدي إلى الإعاقة في المساعي الاجتماعية والمهنية ، أو مع غيرها المهام ، ويصبح معها الأفراد غير قادرين على تعديل تفكيرهم أو سلوكياتهم ، وضعفاً في الأداء ، ويمكن لسمات الشخصية أيضاً أن تتغيير ويحدث ضعفاً في أداء الشخصية بصفة عامة .

معايير **E** ، **F** ، **G** : وهى تفسيرات بديلة لعلم أمراض الشخصية (التشخيص التفريقي) في بعض المناسبات ، وعلى ما يبدو فإن هناك اضطراب في الشخصية ، لا يمكن تفسيره أفضل من قبل اضطراب عقلى آخر ، نتيجة آثار مادة أو حالة طبية أخرى أو طبيعية وفقاً للمرحلة التنموية (على سبيل المثال ، فى مرحلة المراهقة) أو البيئة الاجتماعية والثقافية للفرد .

ولا يتم تشخيص اضطراب شخصية عند وجود اضطراب عقلي آخر ، أو مع مظاهر اضطراب في الشخصية بشكل واضح كتعبير من الاضطراب العقلي الآخر (على سبيل المثال ، فإن ملامح اضطراب الشخصية الفصامية موجودة فقط في سياق الفصام) .

ومن ناحية أخرى ، فإن اضطرابات الشخصية لا يمكن تشخيصه بدقة في وجود اضطراب عقلي آخر ، مثل اضطراب الاكتئاب الشديد ، أما المرضى الذين يعانون من اضطرابات عقلية أخرى فينبغي تقيمهم مع اضطرابات الشخصية ، والتى تؤثر على مجرى آخر من الاضطرابات النفسية .

إضطرابات الشخصية :

يشمل الباب الثالث معايير تشخيص الشخصية المعادية للمجتمع ، الانطوائية ، والنرجسية ، والوسواس ، واضطرابات الشخصية القهري ، والفصامية ، إضافة إلى كل اضطراب في الشخصية هو يحددها العاهات نموذجية في شخصية تعمل (A) .

مميزات سمات الشخصية المرضية (B) :

- ميزات نموذجية من اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع هي عدم الامتثال القانوني والسلوك الأخلاقي ، مع الأنانية ، والقسوة مع عدم الاهتمام بالآخرين ، ويرافقه الخداع ، واللامسؤولية ،والمخاطرة .
- ميزات نموذجية من الاضطراب تتضح في الشخصية الانطوائية ، وهي تجنب المواقف الاجتماعية وتثبيط في العلاقات الشخصية المتعلقة بمشاعر عدم الكفاءة وعدم الكفاية ، وانشغالات حريصة مع التقييم السلبي والرفض ، والخوف من الإحراج ، أو السخرية .
- أما الميزات النموذجية من اضطراب الشخصية الحدية فهى عدم استقرار صورة الذات والشخصية ، والعلاقات الشخصية ، والذى يرافقه الاندفاع ، ومخاطر العداء للآخرين .
- أما الميزات النموذجية من اضطراب الشخصية النرجسية فهي تقدير الذات Self-esteem ، مع محاولات تنظيم الذات من خلال الاهتمام والموافقة والسعي ، مع علنية أو سرية العظمة .
- فى حين تظهر الميزات النموذجية من اضطراب الشخصية في الوسواس القهري ، والذى يترافق مع صعوبات في الإنشاء والحفاظ على علاقات وثيقة ، ويرتبط مع الكمالية الجامدة ، وعدم المرونة ، والذى يقتصر على التعبير العاطفي .
- وأخيراً فإن الميزات النموذجية من اضطراب الشخصية الفصامية فهي الضعف في القدرة على العلاقات الاجتماعية الوثيقة ، وغرابة الأطوار في الإدراك ، والسلوك المرتبط مع تشوهات الصورة الذاتية وأهداف شخصية غير متماسكة والمترافقة بتقييد التعبير العاطفي .

وتقع المعايير A / B ضمن الستة اضطرابات للشخصية المحددة وPD-TS ، والتي تجتمع أيضاً مع اضطرابات الشخصية من خلال معايير الـ C G والتي تعتبر المعايير العامة للشخصية .

إضطراب الشخصية المعادي للمجتمع :

المظاهر التقليدية لاضطراب الشخصية المعادي للمجتمع هي عدم الامتثال للقانون والسلوك الأخلاقي ، والأنانية ، وعدم الاهتمام بالآخرين ، والذى يرافقه الغرور ، واللامسؤولية ، أو المخاطرة .

أما الصعوبات المميزة الواضحة في الهوية ، والتوجيه الذاتي ، والتعاطف ، أو الحميمية ، كما هو موضح أدناه ، جنبا إلى جنب مع الصفات المهيئة المحددة في مجالات العداء والسلوك الفاضح .

معايير التشخيص المقترحة :

أولاً : انخفاض معتدل أو أكبر في أداء شخصية ، يتجلى في سمة من الصعوبات في اثنين أو أكثر من المجالات الأربعة التالية : -

١. الهوية : الأنانية : احترام الذات المستمدة من تحقيق مكاسب شخصية ، والطاقة ، أو المتعة .
٢. التوجيه الذاتي : ويتم معه تحديد الهدف على أساس الإشباع الشخصي ، وغياب التفاعل الاجتماعى . المعايير الداخلية : ويرتبط مع عدم الامتثال القانوني أو المعيارية الثقافية ، والسلوك الأخلاقي .
٣. التعاطف : عدم الاهتمام بالمشاعر ، أو بالاحتياجات ، أو بمعاناة الآخرين ، وعدم الندم بعد الاساءة أو سوء معاملة الآخرين .
٤. العلاقة الحميمة : وترتبط بالعجز عن العلاقات الحميمة بشكل متبادل ، والاستغلال الأولي ، بما في ذلك عن طريق الخداع والإكراه ، واستخدام الهيمنة أو الترهيب للسيطرة على الآخرين .

ثانياً : ستة أو أكثر من سبع سمات للشخصية المرضية وهى كتالي : -

١. العداء : الاستخدام المتكرر للحيلة والنفوذ أو السيطرة على الآخرين ، واستخدام الإغواء ، والسحر ، العفوي ، لتحقيق غايات واحدة .

٢. القسوة (جانب من العداء) : عدم الاهتمام بمشاعر أو مشاكل الآخرين ، وعدم الشعور بالذنب أو الندم إزاء الآثار السلبية أو الضارة من الإجراءات واحد على الآخرين؛ العدوان؛ السادية .
٣. الغرور (جانبا من الاحتيال) : خيانة الأمانة والاحتيال ؛ وتحريف الذات؛ وتجميل أو تلفيق متعلق بالأحداث .
٤. العداء (جانب من الغضب) : مشاعر الغضب الثابتة أو المتكرر ؛ الغضب أو التهيج ردا على ازدراء طفيف والشتائم ؛ والسلوك السيئ ، أو الانتقام .
٥. المخاطرة (جانب من الخطورة) : المشاركة في الخطورة ، المحفوفة بالمخاطر ، ويحتمل أن تكون الأنشطة المضرة بالذات ، دون داع ، ودون اعتبار للعواقب ؛ والتعرض الممل ، والشروع الطائش من الأنشطة لمواجهة الملل ، وعدم وجود قلق لقيود واحدة من الحرمان ، ومن واقع الخطر الشخصية .
٦. الاندفاع (جانب من جوانب السلوك الفاضح) : ويتم ارتجالا ردا على المؤثرات المباشرة ؛ ويتصرف على أساس اللحظة من دون خطة ، أو النظر من النتائج ؛ مع صعوبة إنشاء الخطط التالية .
٧. اللامسؤولية (جانب من جوانب السلوك الفاضح)؛ الاستخفاف وعدم الالتزامات أو الالتزامات الأخرى ، وعدم احترام الاتفاقات والوعود .

ملاحظة . الفرد هنا يبلغ على الأقل ١٨ سنة من العمر .

تحديد ما إذا : كان مع ميزات سيكوباتي .

المحددات : متغير متميزة غالباً ما يطلق العقلي ("الأولية" العقلي) هو تميزت عدم القلق أو الخوف ونمط الجريئة التي قد تخفي مهايئ السلوكيات (على سبيل المثال ، الغش) . ويتميز هذا البديل سيكوباتي عن انخفاض مستويات الحرص (المجال جدان سلبي) والانسحاب (المجال مفرزة) ومستويات عالية من الاهتمام تسعى (المجال العداء) . اهتماما كبيرا تسعى وسحب منخفضة التقاط رجولية الاجتماعية (حزما المهيمن) المكون من المرض العقلي ، في حين أن انخفاض الحرص يلتقط الحصانة الإجهاد (الاستقرار العاطفي المرونة) المكون . بالإضافة إلى ميزات سيكوباتي ، سمة وشخصية تعمل المحددات قد تكون يستخدم لتسجيل ملامح شخصية أخرى التي قد تكون

موجودة في اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع ولكن ليس هناك حاجة لتشخيص . على سبيل المثال ، من الصفات السلبية وجدان (على سبيل المثال ، الحرص) ، ليست المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية المعادي للمجتمع (انظر المعيار B) ولكن يمكن أن تكون محددة عند الاقتضاء . وعلاوة على ذلك ، على الرغم من انخفاض معتدل أو أكبر في شخصية مطلوب عمل لتشخيص اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع (A) ، ويمكن أيضاً أن يتم تحديد مستوى أداء الشخصية .

إضطراب الشخصية الانطوائية :

ميزات نموذجية من اضطراب في الشخصية الانطوائية هي تجنب المواقف الاجتماعية وتثبيط في العلاقات الشخصية المتعلقة مشاعر عدم الكفاءة وعدم كفاية ، انشغال حريصة مع التقييم السلبي والرفض ، والخوف من السخرية أو الإحراج . صعوبات مميزة واضحة في الهوية ، والتوجيه الذاتي ، والتعاطف ، أو الحميمية ، كما هو موضح أدناه ، جنبا إلى جنب مع الصفات مهايئ محددة في المجالات وجدان من السلبية ومفرزة .

معايير التشخيص المقترحة :

أولاً : انخفاض معتدل أو أكبر في أداء الشخصية ، واضح من قبل صعوبات مميزة في اثنين أو أكثر من المجالات الأربعة التالية : -

١. الهوية : انخفاض احترام الذات المرتبط بالتقييم الذاتي غير الكفؤ اجتماعيا ، ويبدو شخصيا غير جذاب ، أو يحمل أدنى المشاعر المفرطة من العار .
٢. التوجيه الذاتي : وفقاً لمعايير غير واقعية لسلوك يرتبط بالتردد في متابعة الأهداف ، واتخاذ المخاطر الشخصية ، أو الانخراط في أنشطة جديدة .
٣. التعاطف : الانشغال ، والحساسية للنقد أوالرفض ، والمرتبطة مع الاستدلال المشوه عن وجهات نظر الآخرين السلبية .
٤. العلاقة الحميمة : التردد في الانخراط مع الناس ، وتضاؤل التبادلية داخل العلاقات الحميمة بسبب الخوف من أن يتم فضحهم أو السخرية منهم .

ثانياً : ثلاثة أو أكثر من أربع سمات للشخصية المرضية التالية / واحدة يجب الحرص منها مما يلي : -

١. الحرص (جانبا من وجدان سلبي) : ويتصف بمشاعر مكثفة من العصبية ، والتوتر أو الذعر ، وغالباً ما تكون كرد فعل على الأوضاع الاجتماعية : والقلق بشأن الآثار السلبية الماضية للتجارب غير السارة والاحتمالات السلبية في المستقبل ؛ والشعور بالخوف ، أو التهديد ؛ أو مخاوف من الحرج .

٢. الانسحاب (جانبا من مفرزة) ؛ عدم الارتياح في المواقف الاجتماعية ؛ وتجنب الاتصالات الاجتماعية والنشاط ، وعدم الشروع في الاتصال الاجتماعى .

٣. انعدام التلذذ (جانبا من مفرزة) : وتتصف بعدم التمتع مع الأشياء ، أو المشاركة فى تجارب الحياة ؛ والعجز في القدرة على الشعور ، والمتعة فى اتخاذ الفائدة مع الأشياء .

٤. تجنب العلاقة الحميمة (جانبا من مفرزة) ؛ التجنب ، أو رومانسية العلاقات ، والملحقات الشخصية ، والعلاقات الجنسية الحميمة .

٥. المحددات : وتتسم بعدم وجود تجانس كبير في شكل سمات الشخصية الإضافية ، كما أسفرت التشخيصات عن وجود اضطراب الشخصية الانطوائية لدى هؤلاء الأفراد . كما تبين بأن سمة ومستوى الشخصية وفقاً لتلك المحددات يمكن استخدامها لتسجيل ملامح إضافية للشخصية ، والتي قد تكون موجودة في اضطراب الشخصية الانطوائية وغيرها من وجدان الصفات السلبية . (وعلى سبيل المثال : الإحساس بانعدام الأمن ، والطلاق ، والاستكانة ، والارتياب أو العداء) ولا تشمل تلك المعايير السابقة تشخيص اضطراب الشخصية الانطوائية (انظر المعيار B) ولكن يمكن أن تكون محددة عند الاقتضاء . وعلاوة على ذلك ، وعلى الرغم من الانخفاض المعتدل أو الأكبر المطلوب لتشخيص سير الشخصية مع اضطراب الشخصية الانطوائية (A) ، والذى يمكن به كذلك تحديد مستوى أداء الشخصية .

اضطراب الشخصية الحدية :

المظاهر التقليدية لاضطراب الشخصية الحدية : هي عدم استقرار صورة الذات والشخصية والأهداف ، والعلاقات الشخصية ، والذى يرافقه الاندفاع ، والمخاطرة ، أو العداء . أما الصعوبات المميزة الواضحة في الهوية ، والتوجيه الذاتي ، فهو

التعاطف ، أو الحميمية ، كما هو موضح أدناه ، وذلك جنبا إلى جنب مع سمات محددة وغير قادرة على التأقلم في مجال الوجدان السلبي ، وأيضاً العداء ، والسلوك الفاضح .

معايير التشخيص المقترحة :

أولاً : مع انخفاض معتدل / أو أكبر في أداء شخصية ، ويتجلى في صعوبات اثنين من السمات أو أكثر من المجالات الأربعة التالية : -

١. الهوية : الضعيفة بشكل ملحوظ ، مع ضعف في النمو ، أو غير المستقر لدى الصورة الذاتية ، وغالباً ما يرتبط بشكل مفرط مع النقد الذاتي ؛ مع مشاعر مزمنة من الفراغ .

٢. التوجيه الذاتي : ويتسم بعدم الاستقرار في الأهداف والتطلعات ، والقيم ، أو الخطط الوظيفية .

٣. التعاطف : ويتسم بنقص القدرة في التعرف على مشاعر واحتياجات الآخرين ، والمرتبطة مع فرط الحساسية (أي أنه يشعر بأنه عرضة للاستهانة أو الإهانة)؛ ويرى بأن تصورات الآخرين منحازة بشكل انتقائي نحو سماته السلبية أو نقاط ضعفه .

٤. العلاقة الحميمة : علاقات وثيقة مكثفة ، وغير مستقرة ، ومتعارضة ، والمتميزه بعدم الثقة ، والعوز ، والانشغال الحريص مع التخلي عن حقيقية أو المتخيلة ؛ وشوهدت العلاقات - في كثير من الأحيان - مع أقصى نسب التمجيد / مع خفض الذات بالتناوب نظراً لتورطهم ، أو رغبة في الانسحاب .

ثانياً : أربعة أو أكثر من سبع سمات للشخصية المرضية التالية ، واحدة منها على الأقل يجب أن تكون رقم (٥) التهور ، (٦) المخاطرة (٧) العداء وذلك كما يلى : -

١. العاطفي (جانبا من الوجدان السلبي) : مع التجارب العاطفية غير المستقرة والمزاج المتغير المتكرر ؛ والعواطف التي تثار بسهولة ، وبطريقه مكثفة ، أو غير متناسبة مع الأحداث والظروف .

٢. الحرص (جانبا من الوجدان السلبي) : مشاعر مكثفة من العصبية ، والتوتر أو الذعر ، وغالباً ما تحدث كرد فعل على الضغوط الشخصية ؛ نتيجة آثار

القلـق مـن التجـارب الـسلبية الـسابقة غـير الـسارة ة والاحتمـالات الـسلبية في المستقبل ؛ مثل الشعور بـالخوف ، أو مـع تهديـد متـصور ؛ ومخـاوف الـسقوط وبصرف النظر عن القدرة ، أو السيطرة .

٣. انعدام الأمن ورفض الانفصال (كجانب من الوجدان السلبي) : مثل المخاوف من الرفض أو الانفصال عن الآخرين ، والذى يرتبط مع وجود مخاوف من الاعتماد المفرط والخسارة الكاملة من التحكم الذاتي .

٤. التعبيرية (وتمثل جانبا من الوجدان السلبي) : مشاعر متكررة بالوقوف إلى أسفل ، صعوبة التعافي من مثل هذه المزاجية؛ بائسة ، أو ميـؤوس منـها التـشاؤم حـول المستقبل ؛ العار معدل الانتشار ؛ مشاعر أدنى تقدير الـذات؛ الأفكـار الانتحـار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) وسلوك الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

٥. الاندفاع : ويشير إلى العمل الارتجالى ردا على المؤثرات المباشرة ؛ ويتصرف علـى أساس اللحظة من دون خطة أو النظر إلى النتـائج ؛ وصـعوبة إلى إنـشاء الخطـط التاليـة ؛ والـشعور بالإلحـاح وسـلوك إيـذاء الـنفس بموجـب هـذا الاضـطراب العاطفي.

٦. إيذاء الذات : المشاركة في الخطورة المحفوفة بالمخاطر ، ويحتمل أن تكون أنـشطة مضرة بالـذات ، دون داع ، ودون اعتبـار للعواقـب ؛ وعـدم الاهتمـام بقيـود الحرمان من واقع الشخصية المعرضة بالخطر .

٧. العـداء (جانبـا مـن العـداء) : ويتـصف بمـشاعر الغـضب الثابتـة أو المتكـررة ؛ والغضب والتهيج ردا على الازدراء الطفيف والشتائم .

المحددات : سمة من محددات مـستوى الشخـصية ، والـتى تعمـل لتـستخدم فى التسجيل الإضافي المميز للشخصية ، والـتي قـد تكـون موجـودة في الـشريط الحـدودي لاضطراب الشخصية / ولكـن لا يـشترط للتـشخيص . علـى سـبيل المثـال ، الـسمات Psychoticism (علـى سـبيل المثـال ، المعرفيـة وإدراكيـة التقلبـات) ولا توجـد معـايير تشخيصية لاضطراب الشخصية الحدية (انظر المعيـار B) ، ولكـن تحديـد مـتى يمكـن أن يكون ذلك مناسبا . وعلاوة على ذلك ، وعلى الرغم من بدء القيام بالتشخيص يـتم /

عند حدوث أكبر انخفاض في أداء شخصية لتشخيص الشريط الحدودي لاضطراب في الشخصية (A) والذى يمكن به كذلك تحديد مستوى أداء الشخصية .

إضطراب الشخصية النرجسية :

تُشير المظاهر التقليدية لاضطراب الشخصية النرجسية / إلى متغير تضخم احترام الذات ، مع محاولات تنظيمه من خلال جذب الاهتمام بصورة علنية / أو سرية . كما يترافق مع صعوبات مميزة واضحة في الهوية ، والتوجيه الذاتي ، والتعاطف ، أو الحميمية ، كما هو موضح أدناه ، وذلك جنبا إلى جنب مع سمات محددة ، وغير قادرة على التأقلم في مجال العداء .

معايير التشخيص المقترحة :

أولاً ، انخفاض معتدل أو أكبر في أداء شخصية ، يتجلى في سمة صعوبات (في اثنين أو أكثر) من المجالات الأربعة التالية : -

١. الهوية : نظرة مفرطة موجهه نحو الآخرين لتعريف الذات والتنظيم واحترام الذات ؛ وقد يتم ذلك بشكل مبالغ فيه ، والصادر عن التقييم الذاتي المتضخم (أو كما البالون المفرغ من الهواء) أو متذبذب بين النقيضين ؛ أما التنظيم العاطفي فيعكس التقلبات في احترام الذات .
٢. التوجيه الذاتي : ويتضح مع تحديد الهدف ، على أساس الحصول على موافقة من الآخرين ؛ ويتصل بالمعايير الشخصية العالية بشكل غير معقول من أجل أن نرى أنفسنا كما بشكل استثنائي ، أو منخفض جداً ، والذى يستند على الشعور بالاستحقاق ، وغالباً ما يجهل الفرد تلك الدوافع الخاصة .
٣. التعاطف : ويشير إلى ضعف القدرة على التعرف أو التماهي مع مشاعر واحتياجات الآخرين ؛ والتفهم بشكل مفرط لردود فعل الآخرين ، ولكن فقط إذا كان ينظر إليها على أنها ذات الصلة فيما يرتبط به مباشرة ؛ الإفراط أو التقليل من تأثيره على الآخرين .
٤. العلاقة الحميمة : علاقات سطحية إلى حد كبير وتوجد لخدمة نظم احترام الذات ؛ والتبادلية المقيدة لاهتمام حقيقي ناتج عن تجارب الآخرين ، وغالباً ما يكون ناتجاً عن حاجة لتحقيق مكاسب شخصية .

ثانياً : كل من سمات الشخصية المرضية التالية : -

١. العظمة (جانبا من العداء) ؛ مثل مشاعر الاستحقاق ، سواء كانت علنية أو سرية ؛ ومنها التمركز حول الذات ؛ والاعتقاد بأنه وحده هو الأفضل من غيره ؛ والتعالي تجاه الآخرين .

٢. الانتباه (جانبا من العداء) : ويشير إلى المحاولات المفرطة لجذب الانتباه ، وبأن يكون محور انتباه الآخرين ؛ وإعجابهم .

٣. المحددات : يمكن استخدام سمات الشخصية كمحددات تعمل على تسجيل إضافي من الميزات الشخصية التي قد تكون موجودة في اضطراب الشخصية النرجسية . وعلى سبيل المثال : الصفات الأخرى من العداء (على سبيل المثال ، الغرور ، والقسوة) وهي ليست معايير تشخيصية لاضطراب الشخصية النرجسية (انظر المعيار الخامس B) ، ولكن يمكن تحديد العدائية أكثر مع معدلات الانتشار Prevalence (على سبيل المثال ، " النرجسية الخبيثة ") الموجودة .

أما الصفات الوجدانية السلبية الأخرى (على سبيل المثال ، الحرص) ويمكن تحديد تسجيل المزيد من العروض "الضعيفة" . Furtiiermore وعلى الرغم من متطلبات/ بأن يوجد / أكبر انخفاض في أداء شخصية كمتطلب ضروري للتشخيص النرجسي لاضطراب الشخصية (A) ، إلا أنه يمكن أيضاً أن يتم به كذلك تحديد مستوى أداء الشخصية .

اضطراب الوسواس القهري في الشخصية :

الميزات النموذجية من اضطراب الشخصية للوسواس القهري / يتضح مع صعوبات في إنشاء ، أو الحفاظ على لاقات وثيقة ، ترتبط مع الكمالية الجامدة ، وعدم المرونة ، والتي تقتصر على التعبير العاطفي ، وعلى صعوبات مميزة وواضحة في الهوية ، والتوجيه الذاتي ، والتعاطف ، والحميمية ، كما هو موضح أدناه ، وذلك جنبا إلى جنب مع الحالات محددة الصفات في مجالات الوجدان السلبي .

معايير التشخيص المقترحة :

أولاً : انخفاض معتدل أو أكبر في أداء شخصية ، يتجلى في صعوبات (في اثنين أو أكثر) من المجالات الأربعة التالية : -

١. الهوية : وتشير إلى الشعور الذاتي المستمد في الغالب من العمل أو الإنتاجية ؛ وترتبط بضيق التجربة والتعبير عن المشاعر القوية .
٢. التوجيه الذاتي : ويتميز بصعوبة إنجاز المهام وتحقيق الأهداف ، ويرتبط مع الجمود ، ومع معايير عالية بشكل غير معقول ، وغير مرن من السلوك الضميري ، وبشكل مفرط تجاه المواقف الأخلاقية .
٣. التعاطف : ويشير إلى صعوبة فهم وتقدير الأفكار ، والمشاعر ، أو سلوكيات الآخرين .
٤. العلاقة الحميمة : وينظر إليها على أنها ثانوية في العمل والإنتاجية ؛ مع الصلابة والعناد الذى يؤثر سلبا على العلاقات مع الآخرين .

ثانياً : ثلاثة أو أكثر من أربع سمات الشخصية المرضية التالية ، واحدة منها يجب أن تشير إلى الكمالية الصلبة : -

١. الكمالية الجامدة (جانب من جوانب الضمير المدقع [القطب المعاكس من مفرزة]) : مع إصرار جامد على أن كل شيء يجري لا تشوبه شائبة ، والكمال ، ودون أخطاء ، بما في ذلك احد أخطاء أداء الآخرين الخاصة ؛ مع التضحية بالوقت لضمان صحة كل التفاصيل ؛ والاعتقاد بأن هناك عمل واحد فقط للطريق الصحيح ؛ مع صعوبة في تغيير الأفكار أو وجهة نظر نفسه / أو الآخرين ؛ والانشغال بالتفاصيل ، التنظيم ، والنظام .
٢. الاجتهاد (جانبا من الوجدان السلبي) : الثبات في المهام بعد فترة طويلة ، لتكون المهمة وظيفية أو فعالة؛ مع استمرار نفس السلوك رغم الفشل المتكرر .
٣. تجنب العلاقة الحميمة (جانبا من مفرزة) : تجنب القرب ، أو رومانسية العلاقات ، والملحقات الشخصية ، والعلاقات الزوجية الجنسية الحميمة .
٤. الوجدان المقيد (جانبا من مفرزة) ؛ ويبدو كرد فعل عاطفي نتيجة الحالات المثارة ؛ أو الناتجة عن التعبير عن تجربة عاطفية ضيقة ، مع اللامبالاة ، أو البرودة .

المحددات : ويمكن استخدام سمات الشخصية كمحددات تعمل على تسجيل إضافي للميزات الشخصية التي قد تكون موجودة في اضطراب شخصية الوسواس

القهري ، ولكنه لا يشترط لتشخيصه . وعلى سبيل المثال : الصفات الوجدانية السلبية الأخرى (على سبيل المثال : الحرص) ولم يتم اتخاذ المعايير التشخيصية لاضطراب شخصية الوسواس القهري (انظر المعيار B) ولكن يمكن أن تكون محددة عند الاقتضاء . وعلاوة على ذلك ، وعلى الرغم من انخفاض معتدل أو أكبر في الشخصية / والذى يعد متطلباً ضرورياً لعمل تشخيص اضطراب شخصية الوسواس القهري (A) ، والذى يمكن أيضاً – معه – أن يتم تحديد مستوى أداء الشخصية .

اضطراب الشخصية الفصامية :

ميزات نموذجية من اضطراب في الشخصية الفصامية هي ضعف القدرة على التفاعل الاجتماعي ، كما يتميز بغرابة الأطوار الوثيق بالإدراك ، والمرتبط بالسلوك الذي يبدو مشوهاً حول الصورة الذاتية وأهداف الشخصية غير المتماسكة والذى يترافق مع الارتياب وتقييد التعبير العاطفي . أما الصعوبات المميزة الواضحة في الهوية فتشمل ضعف التوجيه الذاتي ، والتعاطف ، والحميمية ، جنبا إلى جنب مع العوامل المهيئة والمحددة لتلك الصفات .

معايير التشخيص المقترحة :

أولاً : انخفاض معتدل أو أكبر في أداء شخصية ، تتجلى في سمة صعوبات (في اثنين أو أكثر) من المجالات الأربعة التالية : –

١. الهوية : الخلط بين حدود الذات والآخرين؛ تشوه مفهوم الذات؛ التعبير العاطفي في كثير من الأحيان لا ينسجم مع السياق أو الخبرة الداخلية .
٢. التوجيه الذاتي : أهداف غير واقعية أو غير متماسكة ، ولا تتسق بصورة واضحة مع المعايير الداخلية .
٣. التعاطف : صعوبة النطق ، أو فهم تأثير السلوكيات الخاصة من الآخرين ؛ تفسيرات خاطئة متكررة من الدوافع وسلوكيات الآخرين .
٤. العلاقة الحميمة : ضعف ملحوظ في تطوير علاقات وثيقة ، والذى يرتبط مع انعدام الثقة والقلق .

ثانياً : أربعة أو أكثر من ست سمات الشخصية المرضية التالية : -

١. التقلبات المعرفية والإدراكية (جانب من جوانب **Psychoticism**) : تصرفات غريبة ، أو عمليات غير عادية في طريقة التفكير ؛ مع غموض ، ظرفي ، مجازي ، ملتوي ، أو نمطية في الفكر أو الكلام ؛ مع أحاسيس فردية في مختلف الطرق الحسية .
٢. المعتقدات والخبرات غير العادية (جانب من جوانب **Psychoticism**) : سواء في محتوى الفكر أو وجهات النظر بالنسبة للواقع التي يتم عرضه من قبل الآخرين / كما لو كانت غريبة أو تتسم بالغرابة؛ غير العادية مع تجارب الواقع المحيط .
٣. الانحراف (في جانب من **Psychoticism**) : السلوك الغريب ، غير العادي ، أو غريب في المظهر ؛ يقول أشياء غير عادية أو غير لائقة .
٤. وجدان مقيد (جانبا من مفرزة) : رد فعل عاطفي ، حالات إثارة ؛ تجربة عاطفية ضيقة ، التعبير باللامبالاة أو البرودة .
٥. انسحاب (جانبا من مفرزة) : ميوله ذاتية بعيداً عن الآخرين ؛ التكتم في المواقف الإجتماعية؛ تجنب الاتصالات الاجتماعية والأنشطة ، ونقص من الشروع في الاتصال الاجتماعي .
٦. ارتياب (جانبا من مفرزة) : توقعات مع شدة الحساسية ، علامات من سوء النية الشخصية ؛ الشكوك حول الولاء والإخلاص مع الآخرين ؛ مشاعر الاضطهاد .

المحددات : ويمكن استخدام سمات الشخصية المحددة ، لعمل تسجيل إضافي غير مطلوب حول الميزات الشخصية التي قد تكون موجودة في اضطراب الشخصية الفصامية ولا في تشخيصها ، على سبيل المثال ، من الصفات الوجدان السلبي (على سبيل المثال ، depressivity ، الحرص) رغم أنها ليست من المعايير التشخيصية لاضطراب الشخصية الفصامية (انظر B) ولكن يمكن أن تكون محددة عند الاقتضاء . وعلاوة على ذلك ، وعلى الرغم من الإنخفاض المعتدل أو الأكبر في الشخصية ، إلا أن ذلك يتطلب عمل تشخيص لاضطراب الشخصية الفصامية (A) ، ويمكن أيضاً أن يتم تحديد مستوى أداء الشخصية .

اضطراب سمة الشخصية :

معايير التشخيص المقترحة :

أولاً : انخفاض معتدل أو أكبر في أداء الشخصية ، والذي يتجلى من صعوبات (في اثنين أو أكثر) من المجالات الأربعة التالية : -

١. الهوية .

٢. التوجيه الذاتي .

٣. التعاطف .

٤. الألفة .

ثانياً : سمة واحدة أو أكثر من صفات الشخصية المرضية ضمن جوانب محددة من المجالات الآتية :

١. تجارب متكررة ومكثفة : الوجدان السلبي (الاستقرار / مقابل العاطفي) مع مستويات عالية من مجموعة واسعة من المشاعر السلبية (على سبيل المثال ، القلق ، والاكتئاب ، والشعور بالذنب والعار ، والغضب) ، والسلوكية (مثل إيذاء النفس) والشخصية (على سبيل المثال ، مظاهر التبعية) .

٢. مفرزة (مقابل الانبساط) : تجنب تجربة socioemotional ، الانسحاب من التفاعلات بدءا من العارضة ، أو مع التفاعلات اليومية للصداقات ، إلى العلاقات الحميمة ، فضلا عن تقييد التعبير عن التجربة العاطفية ، مع قدرة محدودة من المتعة .

٣. العداء (مقابل **Agreeableness**) : السلوكيات التي تضع الفرد على خلاف مع أشخاص آخرين ، بما في ذلك الشعور المبالغ فيه من أهمية الذات ، والذى يصاحبه توقع معاملة خاصة ، فضلا عن الكراهية القاسية تجاه الآخرين ، والذى يشمل الجهل من احتياجات ومشاعر الآخرين ، والاستعداد لاستخدام الآخرين في خدمة تعزيز ذاته .

٤. (التهور / مقابل الضمير) : ويشير إلى اتجاه نحو الإشباع الفوري ، مما يؤدي إلى سلوك اندفاعي مدفوعا بالأفكار الحالية ، والمشاعر المحفزات والخارجية ، دون اعتبار للتعلم في الماضي أو النظر في العواقب المستقبلية .

٥. Psychoticism (مقابل الوضوح) : وذلك عبر مجموعة واسعة - تتعارض ثقافيا - مع السلوكيات والإدراك ، وغرابة الأطوار ، أو غير العادية ، بما في ذلك (على سبيل المثال ، عملية التصور ، والتفكك) والمحتوى (على سبيل المثال ، المعتقدات) .

فرعية : تختلف ميزات شخصية بشكل مستمر على طول أبعاد السمات المتعددة ، وذلك عبر مجموعة شاملة من التعبيرات المحتملة ، والتي يمكن أن تمثل نظم إدارة قواعد البيانات ، ونماذج أبعاد تأقلم سمات الشخصية، وبالتالي ، الأنواع الفرعية غير الضرورية لسمات الشخصية المحددة PD-TS ، وبدلا من ذلك ، العناصر التي تستند على الجانب الوصفي للشخصية ، وترتيبها في نموذج تجريبي . ويسمح هذا الترتيب للأطباء لتكييف وصف اضطراب شخصية لكل فرد فى ملف على حدة ، والنظر في جميع المجالات الخمسة الواسعة من الاختلاف فى سمات الشخصية لهذه المجالات حسب الحاجة لتمييز الفرد .

المحددات : الملامح الشخصية المحددة من الأفراد 'تسجل دائما في تقييم المعيار C ، وبالتالي فإن الجمع بين السمات التي تميز ملامح الفرد تشكل محددات مباشرة في كل حالة ، وعلى سبيل المثال : مع اثنين من الأفراد الذين قد يتميزوا فى الجانب العاطفي ، والعداء ، وقد يختلفوا فى الجوانب الفردية فى مستوى القسوة مثلاً .

إضطراب الشخصية :

يُعد اضطراب الشخصية شرطاً لأي اثنين من المعايير السابقة ولكل من اضطرابات الشخصية الستة ، والمستنده على تعظيم العلاقة بين معايير الشخصية التى يناظرها اضطراب معين ، كما يضع عتبات التشخيص لمعايير B بصورة تجريبية قابلة للتغير في معدل إنتشارها Prevalence وفقاً لتشخيص الاضطرابات فى الدليل الرابع DSM-IV والتى تتداخل مع الاضطرابات الشخصية الأخرى ، وفى تعظيم العلاقات مع الاضطراب الوظيفي . مما يؤدى بالتشخيص إلى وضع معايير دقيقة لمجموعات اضطرابات الشخصية المفيدة سريريا مع التميز بالدقة العالية فى التشخيص ، من حيث العاهات في أداء شخصية بدرجات متفاوتة من الشدة ، مع مجموعات من سمات الشخصية المرضية .

تشخيص اضطراب الشخصية :

الأفراد الذين لديهم نمط من ضعف في أداء شخصية والغير قادرين على التأقلم ، ويجب أن يتم تشخيص أعراضهم التي تتوافق مع واحد من ستة اضطرابات للشخصية / وذلك بالتوازى مع تعريف اضطرابات الشخصية .

وإذا كان لدى الفرد أيضاً واحد أو حتى عدة صفات بارزة ، والتي قد تكون ذات صلة سريرية ، بالإضافة إلى متطلبات التشخيص (على سبيل المثال ، اضطراب الشخصية النرجسية) ، والتي يمكن أن تلاحظ من خلال محدداتها . أما الأفراد من ذوى سمات الشخصية والنمط المختلف فينبغي تشخيص ست اضطرابات من أعراض الشخصية المحددة مع PD-TS .

ويجوز للفرد ألا يلبي العدد المطلوب من معايير (A أو B) وبالتالي ، يكون عرض دون العتبي (تحت حد عتبة التشخيص) من اضطراب الشخصية . وقد يكون الفرد مزيجاً من ميزات اضطراب الشخصية ، وأنواع أو بعض الملامح الأقل ميزة من نوع ، أو أكثر من ذلك ، والذى يعتبر عرض مختلط أو شاذ ، وذلك على مستوى معين من ضعف في أداء شخصية ومن سمات الشخصية المرضية ، والتي يمكن تصنف شخصية الفرد معها بالمحددة لـ PD-TS ، وذلك باستخدام مقياس مستوى أداء شخصية ، والتشخيصات الحالية مع جنون العظمة الفصامي ، والتمثيلي ، ومع اضطرابات الشخصية التي تعتمد على تشخيص محدد PD-TS؛ ويتم تعريف هذه (باعتلال معتدل أو أكثر) في سير الشخصية ، ويمكن أن يكون محدد من قبل مجموع السمات المرضية ذات الصلة .

مستوى أداء الشخصية :

مثل معظم الميول البشرية ، يتم توزيع سير الشخصية عبر سلسلة مركزية متصلة في سيرها ، وفى طرق الأفراد المميزة فى طريقة تفكيرهم ، وفهم أنفسهم وتفاعلهم مع الآخرين . ومع عمل الفرد على النحو الأمثل بصورة متصلة تماما ، مع العالم النفسي المتكامل الإيجابي حول للفرد ، وبشكل يناسب نظم الحياة العاطفية ، والقدرة على التصرف كعضو منتج للمجتمع مع الوفاء بالعلاقات الشخصية المتبادلة .

وفي الطرف المقابل من التواصل ، لأفراد يعانون من أمراض شخصية شديدة ولديهم ضعف ، أو تعارض مع العالم النفسي الضعيف ، وغير الواضح ، وغير القادر

على التأقلم مع مفهوم الذات ؛ والميل إلى السلبية ، والعواطف المفتقده ، وعدم القدرة على دفع أداء الشخصية على التكيف مع السلوك الاجتماعي .

تعريف الأبعاد :

قد يكون من الصعوبة ، مع شدة التشخيص المعمم للتنبؤ بواحدة من الحالات المتزامنة والمحتملة باختلال وظيفي في تقييم السمات النفسية . وتتميز اضطرابات الشخصية بالشكل الأمثل من قبل التشخيص المعمم المتصل بالشخصية / مع شدة إضافية من مواصفات من العناصر الأسلوبية ، والمستمدة من أعراض اضطراب سمات الشخصية .

في نفس الوقت ، فإن جوهر الشخصية فى علم النفس المرضي هو انخفاض في الأفكار والمشاعر حول الذات والعلاقات الشخصية ، ويتفق هذا المفهوم مع نظريات متعددة من اضطراب الشخصية وقواعد أبحاثهم .

أما مكونات مستوى الشخصية فيعمل مقياس الهوية والتوجيه الذاتي ، والتعاطف ، والعلاقة الحميمة المركزية ، ولا سيما عند وصف سير شخصية المتصلة ، وذلك عبر تمثيلات عقلية للذات وللعلاقات الشخصية المؤثرة بشكل متبادل ، والتى تؤثر على طبيعة التفاعل بين العاملين في مجال الصحة العقلية ، ويمكن أن يكون لها تأثير كبير على كل من فعالية العلاج ونتائجه ، مما يؤكد على أهمية تقييم سمة مفهوم الذات للفرد كما ينبغى كذلك التركيز على آراء الناس من حوله والعلاقات الأخرى . وذلك على الرغم من أن درجة الاضطراب في الذات وسير الشخصية يتم توزيعها بشكل مستمر ، إلا أنه من المفيد النظر في مستوى ضعف أداء الشخصية حتى يتحقق التوصيف السريري الدقيق ، وتخطيط طرق العلاج .

تصنيف مستويات الشخصية :

استخدام مقياس مستوى أداء شخصية (**LPFS**) : يحدد الطبيب المستوى الذي يلتقط توثيق الحالة وفقاً للمستوى العام للفرد من ضعف أداء الشخصية . وحتى يتم تقييم البرنامج اللازم لتشخيص اضطراب الشخصية بصورة (معتدلة / أو أكبر من ذلك / أو ضعيفة) والتي يمكن استخدامها لتحديد شدتها الحاضرة بالنسبة للفرد مع أي اضطراب في الشخصية ، وذلك عند نقطة زمنية معينة . ويمكن أيضاً استخدام مقياس

مستوى أداء شخصية LPFS العالمي كمؤشر للشخصية السوية (دون تحديد تشخيص اضطراب في الشخصية) أو فى حالة ضعف الشخصية دون عتبة تشخيص الاضطراب المطلوب .

تعريف ووصف سمات الشخصية :

ينطوى المعيار **B** على نموذج بديل قائم على تقييم السمات الشخصية التي تم تجميعها في خمسة مجالات أساس معيار**A** .

سمة الشخصية : هى الميل إلى الشعور ، والتصور ، والتصرف ، والتفكير بطرق متسقة نسبيا عبر الزمن وعبر الحالات التي تتضح فيها السمة . على سبيل المثال ، الأشخاص الذين يعانون من مستوى عال من سمة الشخصية الحريصة من شأنه أن يشعر بالقلق بسهولة ، بما في ذلك الظروف التي يمر بها معظم الناس من السكون ، والهدوء والاسترخاء ، كما أن الأفراد الذين لديهم سمة عالية في الحرص ، لديهم أيضاً تصور للأوضاع التى يمكن أن تكون مثيرة للقلق ، وعلى نحو أكثر تواترا والذى من شأنه أن الأفراد لديهم مستويات أقل من هذه الصفة ، من شأنهم أن يتصرفوا لتجنب المواقف التي كانوا يعتقدون أنها تجعلهم حريصين ، وبالتالي فإنهم يميلوا إلى عدم التفكير في العالم الأكثر إثارة لحالة القلق .

الأهم من ذلك ، أن الأفراد من ذوى السمات العالية يتميزون بألا يكونوا بالضرورة – حريصيين – فى جميع الأوقات وفي جميع الحالات . كما أن مستويات سمة الأفراد ، يمكن أن تتغير على مدى الحياة .

وبعض هذه التغييرات قد تكون عامة جدا وتعكس مستوى النضج لديهم (على سبيل المثال ، عادة ما يكون المراهقين أعلى فى سمة الاندفاع ممن هم من كبار السن) في حين أن غيرها من التغييرات قد تعكس تجارب الأفراد فى الحياة .

كما أن أبعاد من هذه الصفات peioonality قد تنطبق على جميع الأفراد ، أو كطيف منها وبدرجات مختلفة إلى حد ما . وعلاوة على ذلك ، فإن سمات الشخصية ، بما في ذلك تلك التي تم تحديدها في نموذج القسم الثالث ، توجد فى الطيف الخامس لاضطراب بين القطبين .

وعلى سبيل المثال ، فعكس سمة القسوة / هو الميل إلى أن يكون طيب القلب ، حتى في ظروف معظم الأشخاص الذين لا يشعرون بذلك . وبالتالي ، على الرغم من في القسم الثالث هو المسمى بالقسوة حيث يمثل هذا القطب البعد الأساس للتركيز حول الشخصية ، ويمكن وصفه بالكامل في مقابل القسوة / طيب ، وفتور الحماس .

وعلاوة على ذلك ، يمكن التعرف على القطب المعاكس والذى ربما لا يكون متكيفاً في جميع الظروف (على سبيل المثال ، الأفراد الذين قد يصنفوا بالطيبة ، بسبب فتور الحماس الشديد لديهم ، بما يسمح لغيرهم مرارا وتكراراً أن يستفيدوا - من تلك السمات الحميدة - وذلك من قبل الآخرين من عديمي الضمير) .

الهيكل الهرمي للشخصية : بعض المصطلحات تصنف بسمة محددة للغاية (على سبيل المثال " ثرثارة ") ووصف نطاق ضيق من السلوكيات ، بينما البعض الآخر واسع جدا (مثل مفرزة) والتى تميز مجموعة واسعة من النزعات السلوكية .

أما أبعاد السمة الواسعة فتسمى بالمجالات ، وتسمى بأبعاد سمة محددة الجوانب . وتضم المجالات سمة شخصية لتشكيلة واسعة من جوانب الشخصية المحددة ، وتميل تلك المجالات إلى أن تحدث معا . على سبيل المثال ، الانسحاب وانعدام التلذذ هي سمة جوانب محددة في مجال سمة من المفرزة ، وذلك على الرغم من بعض الاختلاف بين الثقافات في جوانب سمة الشخصية ، ومجالات واسعة تضم مجتمعة تتفق نسبيا عبر الثقافات .

الثالث : سمات الشخصية :

يشمل النظام الثالث سمة شخصية ، ويتكون من خمسة مجالات واسعة من سمات الشخصية وهى (الوجدانى السلبي/ مقابل الاستقرار العاطفي ، الانبساطى / مقابل العداء (Agreeableness) ، السلوك الفاضح/ مقابل الضمير ، والذهانى **Psychoticism** /مقابل الوضوح) التي تضم ٢٥ من الجوانب المحددة لسمات الشخصية . والتى تشمل تعريف جميع مجالات وأوجه الشخصية .

وهناك خمسة مجالات واسعة من المتغيرات المهيئة من خمسة مجالات لنموذج التحقق من صحة الشخصية السوية على نطاق واسع والمعروفة باسم " الخمسة الكبار" أو عوامل الشخصية الخمسة ، وأيضاً على غرار المجالات الخمسة للشخصية فى علم

النفس المرضي (PSY-5) مع جوانب محددة تمثل قائمة جوانب شخصية المختارة لأهميتها السريرية الخاصة بهؤلاء المرضى .

وعلى الرغم من أن سمة النموذج تركز على السمات الشخصية المرتبطة بالاضطراب النفسي ، إلا أن هناك سمات للشخصية السوية ، منها : التكيف ، والمرونة والتعرف على قطبية الأضداد ، ومن هذه الصفات كذلك ما لوحظ في الأقواس أعلاه (أي الاستقرار العاطفي ، Agreeableness ، والضمير الزائد ، بوضوح) . والتي يمكن بوجودها بشكل كبير / التخفيف من آثار الاضطرابات النفسية وتسهيل التكيف والتعافي من الصدمة ، والإصابات والأمراض الطبية الأخرى .

على الرغم من تلك الصفات المميزة ، والأعراض ، والسلوكيات المحددة ، والتي هي بأي حال من الأحوال غير قابلة للتغيير طوال فترة حياة الفرد ، والتي 'تظهر الاتساق النسبي مقارنة مع الأعراض والسلوكيات المحددة . وعلى سبيل المثال ، الشخص قد يتصرف بتهور في وقت محدد لسبب محدد (على سبيل المثال ، فإن الشخص الذي ونادرا ما يتسرع ويقرر فجأة أن ينفق قدرا كبيرا من المال على عنصر معين بسبب فرصة غير عادية لشراء شيء ذي قيمة فريدة من نوعها) ، ولكن عند تجميع هذه السلوكيات عبر الوقت مع ظرف معين ، مثل وجود نمط من السلوك الذى يميز بين الأفراد ، ويعكس تلك الصفات .

ومع ذلك ، فمن المهم الاعتراف ، على سبيل المثال ، بأن حتى الناس الذين المتسرعين ويتصفوا بالتصرف المتهور كسمة من الميل أو التصرف تجاه سلوكيات معينة ؛ فإن هذا السلوك المعين يُعد مظهراً من مظاهر تلك الصفة .

وتميل معظم الأعراض إلى الانخفاض ، في حين أن الصفات الثابتة هي الأكثر استقرارا . وعلى سبيل المثال ، فإن الأشخاص الذين يعانون من مستويات أعلى / فإن هناك احتمال أكبر ليشهدوا الحلقات المنفصلة لاضطراب الاكتئاب ، بالتوازى مع ظهور أعراض هذه الاضطرابات ، مثل صعوبة التركيز .

ومع ذلك ، وحتى المرضى الذين لديهم الميل إلى سمة أو عادة معينة من خلال حلقة مميزة من اضطراب المزاج ، أو مع أعراض معينة مثل صعوبة التركيز ، والتى تميل

إلى الانخفاض بالتنسيق مع حلقات محددة ، لذلك فإن هذا الفعل قد لا يشكل جزءاً من تعريف الصفة .

والأهم من ذلك ، فإن هذه الأعراض والصفات -على حد سواء - قابلة للتدخل ، مع العديد من الأعراض التى يمكن أن تؤثر على طول فترة سير أنماط الشخصية .

تقييم الدليل التشخيصى الخامس DSM-5 :

سمة شخصية الموديل :

الأداة السريرية المساعدة متعددة الأبعاد فى نموذج سمات الشخصية ، والتى تكمن في قدرته على تركيز الاهتمام فى مجالات متعددة ذات الصلة ، والتى تختلف لدى كل مريض على حدة .

وبدلا من تركيز الاهتمام على محدد واحد فقط سواء فى مرحلة التشخيص ، أو مرحلة التطبيق السريري ، كما يخضع قسم الشخصية - فى الدليل التشخيصى DSM-5 إلى المراجعة العلمية كل خمس سنوات .

وعلى سبيل المثال ، فإن تقييم الفرد قد يركز على الشكوى من أعراض عصبية مستجدة ومحددة ، وخلال الفترة الأولية من تقييم الأطباء ، تظل المراجعة المنهجية للأداء مستمرة في جميع النظم ذات الصلة (على سبيل المثال ، القلب والأوعية الدموية ، الجهاز التنفسي ، الجهاز الهضمي) ، لئلا نُفقد مجالا هاما للعمل أو نقلصه / لذا ينبغي تفويت الفرصة ، وذلك عن طريق التدخل الفعال .

ومما يسهل هذه المراجعة المنهجية استخدام الأدوات النفسية المعتمدة ، والتى تهدف إلى قياس جوانب ومجالات محددة من شخصيته . وعلى سبيل المثال : يتم تفعيل نموذج سمة الشخصية ، فى توصيف دليل PID-5 (DSM-5) ، والتي يمكن أن تكتمل في شكل تقرير مصير المرضى في شكل تقرير مخبرى ، وذلك من قبل أولئك الذين يعرفون المريض جيدا (على سبيل المثال ، الزوج) . ومن شأن التقييم السريري كشف جوانب تفصيلية تشمل جميع ما يختص بالمريض ، وفحص بيانات جميع جوانب الـ (٢٥) نموذج من سمات الشخصية .

كما يركز التقييم على مستوى خمس مجالات تمثل الخيار السريري المقبول فقط عندما تكون هناك تشخيصات (عامة / مقابل تفصيلية) . ومع ذلك ، إذا كانت المشاكل القائمة على السمات تركز على العلاج ، والتي سوف يتم بعدها تقييم جوانب ومجالات سمات الأفراد الشخصية .

وتتوزع سمات الشخصية المختلفة لدى العديد من البشر ، وهو نهج يرتقى كسمة محددة (وبالتالي هي موجودة لتشخيص أغراض محددة) ويمكن أن تنطوي على مقارنة مستويات سمات شخصية الأفراد مع قواعد التشخيص أوالحكم السريري . وإذا ارتقت السمة كحالة بحاجة إلى التدخل ، وذلك نتيجة للقياس السيكومتري الرسمي لدعم بيانات الاختبار أو عن طريق الحكم السريري المرتفع ، بما يُسهم في تلبية المعيار (B) من القسم الثالث لاضطرابات الشخصية .

العوامل السريرية للشخصية متعددة الأبعاد ، تحدد اضطراب السمة ، وفقاً لقيم وظيفية تنسب إلى عوامل أخرى تُسهم في التنبؤ بها (على سبيل المثال : ، تاريخ العائلة ، تاريخ الاعتداء على الأطفال) ، والمحددات المتزامنة (مثل الاضطراب الوظيفي ، واستخدام الأدوية) ، والتنبؤية (على سبيل المثال : الاستشفاء ، ومحاولات إيذاء النفس (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

أما المتغيرات فى دليل . DSM-5 فتشمل ضعف في أداء الشخصية والسمات المرضية التى تُسهم بشكل مستقل فى اتخاذ القرارات السريرية حول درجة الإعاقة ؛ ومخاطر إيذاء النفس ، والعنف ، والإجرام ؛ ونوع وشدة المعاملة .

ويوفر التشخيص جوانب هامة من التشخيصات النفسية ، وخاصة فى تحديد مستوى أداء شخصية الفرد (له / أو لها) كسمة تضاف إلى الملف الشخصي المرضي لهم ، كم توفر للطبيب قاعدة غنية بالمعلومات ، وذات قيمة في تخطيط العلاج والتنبؤ بالعديد من الاضطرابات النفسية ، وبالتالي ، تقييم أداء الشخصية والسمات المرضية ، والتى تُشكل الصفات ذات الصلة ، وبما إذا كان الفرد لديه اضطراب في الشخصية أم لا ؟ .

اضطراب الإرتياب :

أثبتت التجارب المتكررة والمكثفة لمستويات عالية مع مجموعات واسعة من المشاعر السلبية (على سبيل المثال ، والقلق ، والاكتئاب ، والشعور بالذنب أو العار ،

والقلق ، الغضب) والسلوكية (مثل إيذاء النفس) والشخصية (على سبيل المثال ، التبعية) مظاهره .

عدم الاستقرار في التجارب العاطفية والمزاجية ؛ وتتصل بالمشاعر التي التي يمكن أن تثار بسهولة ، وبطريقة مكثفة التي ترتبط بالأحداث ، وبالمشاعر العصبية ، والتوتر ، أو الذعر في ردود الفعل لحالات متنوعة ؛ مثل القلق المتكرر حول آثار الخبرات الماضية السلبية الغير سارة / أو مع الإمكانيات السلبية في المستقبل؛ مثل الشعور بالخوف وتوقع حدوث الأسوأ .

كما تحدث مخاوف بسبب رفض الانفصال عن الآخرين المهمين (من المنتمين للأسرة مثلاً) ، ومصدر هذا الاضطراب هو انعدام الثقة في قدرة المرء على رعاية نفسه بمفرده سواء جسدياً أو عاطفياً . وعدم التكيف مع سلوك واحد لمصالح فعلية أو متصورة ، وحتى عندما يبدو ذلك مناقضاً لمصالح الفرد ، وإحتياجاته ، أو رغباته .

أما مشاعر الغضب المستمرة أو المتكررة ؛ فتشمل الغضب أو التهيج الناتج عن استجابة الازدراء الطفيف والشتائم ؛ أو السلوك السيئ ، أو الانتقام .

واستمرار هذه الإشكالية بطريقة معينة قد يستمر لفترة طويلة ؛ رغم الفشل المتكرر لأسباب واضحة ناتجة عن وقف العمليات أو نتيجة للأفكار السلبية المسيطرة ، بما في ذلك تبدد الشخصية ، والغربة عن الواقع ، والخبرات الفصامية ؛ واضطرابات النوم واليقظة المختلطة ؛ والخبرات المسيطرة على الفكر .

وتم تعيين خبير من قبل مجموعات مراجعة الأدبيات مع DSM-5 وإعادة تحليل البيانات ، ونتائج التجارب الميدانية ، بهدف توفير لغة مشتركة للباحثين والأطباء الذين يرغبون في دراسة هذه الاضطرابات .

ومن المؤمل أن تُفسح هذه البحوث الميدان لفهم أفضل لهذه الشروط والقرارات لبحث إمكانية وضعها في الطبعات المقبلة من قبل فريق DSM-5 لإضفاء القوة له من خلال مجموعات العمل التى 'تخضع كل من هذه المعايير المقترحة إلى مجموعات تجريبية تمهيداً للمراجعة والتعليق واسع النطاق ، المتحصل من المختصين فى الميدان وكذلك من عامة الناس .

وقرر فريق عمل (DSM-5) بأن هناك أدلة كافية لتبرير إدراج هذه المقترحات بأنها اضطراب عقلي ناتجاً عن التشخيص الرسمي في القسم الثاني من هذا الدليل الحالى . وهذه المعايير المقترحة لا تختص فقط بمجموعات للاستخدام السريري؛ وإنما بمجموعات الاضطرابات في القسم الثاني من دليل DSM -5 والمعترف به رسميا ، والذى يمكن استخدامه للأغراض السريرية .

متلازمة الذهان الموهن :

المعايير المقترحة :

أولاً : مع واحد على الأقل من الأعراض التالية الموجودة في شكل مخفف ، السليم نسبيا فى اختبار الواقع ، وهي تتصل بمستوى الشدة أو التردد الكافي لتبرير الاهتمامات السريرية : -

١. الأوهام .
٢. الهلوسة .
٣. خطاب غير منظم .

ثانياً : الأعراض يجب أن تكون حاضرة مرة واحدة في الأسبوع على الأقل في الشهر السابق .

ثالثاً : الأعراض يجب أن تكون قد بدأت أو ازدادت سوءا في السنة الماضية .

رابعاً : أعراض الأسى وتعطيل قدرات عمل الفرد بما فيه الكفاية تبرر الاهتمام السريري .

لا يفسر معيار (E) العرض بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر ، بما في ذلك الاكتئاب أو الاضطراب الثنائي القطب مع ميزات نفسية ، ولا يعزى إلى آثار فسيولوجية نتيجة مادة أو حالة طبية أخرى .

الميزات التشخيصية :

أعراض الذهان الموهن (الوهن/ الضعف / الكساد) ، على النحو المحدد في المعيار A ، ولكن دون عتبة اضطراب ذهاني كاملة . أما المقارنة مع الاضطرابات الذهانية ، والأعراض فهي أقل حدة ، وأقل استمرارية ، ويتم الاحتفاظ نسبيا بالبصيرة .

وتشخيص متلازمة الذهان الموهن المرتبطة بوظيفية انخفاض القيمة بدلا من طول الأمد كسمة من علم الأمراض . وقد يحرز الاضطراب النفسي تقدما نحو شدة الحالة النفسية الكاملة .

وتستند متلازمة الذهان على الاضطراب الموهن على أساس علم الأمراض ، المفسر لاختلال الوظائف النفسية والإحساس بالضيق . مع التغيرات في الخبرات والسلوكيات الملاحظة من قبل الأفراد ، أو غيرهم ، والذين يشيرون إلى تغيير في الحالة النفسية للفرد (أي الأعراض من الشدة أو التردد الكافي لتبرير الاهتمام السريري) وفقاً للمعيار (A) .

أما الأوهام الموهنة فقد تُعزى إلى ارتياب المحتوى الفكري والاضطهاد ، بما في ذلك الأفكار الاضطهادية المرجعية ، أو عندما تكون الأوهام معتدلة في شدتها ، أو متعارضة مع وجهات نظر الآخرين ، وغير الجديرة بالثقة . أو عندما تكون الأوهام شديدة ولكنها لا تزال ضمن نطاق الأعراض الموهنة ، وقد يفسر الفرد (الحالة) تلك المعتقدات المنظمة بطريقة فضفاضة حول الخطر أو النية العدائية من الآخرين .

ولكن إذا كانت تلك الأوهام المتخيله ثابتة فهي إذن لازمة لتشخيص اضطراب ذهاني . ومكن للدفاعات الشخصية للحالة أن تتداخل مع القدرة على جمع المعلومات من خلال المقابلة ، إلا أنه يمكن استنباط اختبار الواقع والمنظور مع الأدلة القوية المشاهدة اللازمة للتشخيص .

وقد تكون الأوهام الموهنة تمثل محتويات متكلفة - مبالغ فيه - مثل عرض شعور غير واقعي للقدرة المتصورة المتفوقة . وحتى مع الأوهام المعتدلة ، فإن الفرد قد يؤل مفاهيم كونه من الفائقين الموهوبين الذى يتمتع بقدرات خاصة .

وحتى مع الأوهام الشديدة ، فإن الفرد قد تكون لدية معتقدات التفوق الذي غالباً ما ينفر منه الأصدقاء والأقارب . وقد تؤدى هذه الأفكار الخاصة إلى خطط واستثمارات غير واقعية ، والتي تتصف بالشكوك حول هذه المواقف .

ما يمكن استخلاصه من الاستجواب والمواجهة المستمرة للحالة : والناتج عن المقابلات ، فتشمل الهلوسة الموهنة (A2) وتغييرات في التصورات الحسية ، عادة السمعية أو البصرية ، وحتى مع الهلوسة المعتدلة ، فإن الأصوات غالباً ما تكون غير

متشكلة الصور (مبتورة) مثل الظلال والممرات ، وهالات ، اللغط ، الهادر) ، كما تشاهد بصورة غير عادية أو محيرة . وحتى مع الهلوسة الشديدة ، فإن هذه التجارب تصبح أكثر (أي أوهاماً أو هلوسة والتي تلقط الانتباه المتكرر الحي والمؤثر فى التفكير والتركيز) . وقد تعطل هذه التشوهات الإدراكية سلوك الفرد .

وتبدو الاتصالات غير المنظمة (A3) حين تظهر كلمة غريبة مثل (غامضة ، مجازي ، ملتوي ، نمطي) ، والكلام غير المركز مع (الخلط ، المشوش ، سريعاً جدا أو بطيئاً ، مع عبارات خاطئة فى سياق غير ذي صلة ، بالواقع) ، أو لغة خطاب متعرج (ظرفي ، عرضي) . مع مستوى من الفوضى متوسط الشدة ، وكثيراً ما يحصل الفرد يحصل على مواضيع ذات صلة ، ولكنه يستجيب بسهولة لتوضيح الأسئلة .

وقد يكون الكلام غريبا ولكنه مفهوماً ، وذلك على مستوى متوسط الشدة ، وعندما تسود الفوضى الشديدة ، يفشل الفرد للوصول إلى نقطة معينة دون التوجيه الخارجي (العرضي) . أما على المستوى الشديد ، فإن بعض التفكير الفضفاض قد يحدث بصورة نادرة ، وخصوصا عندما يكون الفرد تحت الضغط ، وذلك بإعادة توجيه الأسئلة ، والعودة بسرعة إلى هيكل تنظيم المحادثة . وقد يدرك الفرد يدرك تلك التغييرات ، أو أنه/ أو أنها يحتفظ بالبصيرة المعقولة في تجارب مثل الذهانية ، وعموما يقدر بأن تغير التصورات ليست حقيقية والتفكير السحري غير مقنع .

ويجب على الأفراد الذين يعانون من الضيق أو من ضعف في الأداء الاجتماعي أو أدوار العمل (D) ، بأن يلاحظوا تلك التغييرات والإعراب عن القلق ، بما يتطلب الرعاية السريرية الواسعة (A) .

الميزات المرتبطة دعم التشخيص

قد تواجه الفرد التفكير السحري ، والانحرافات بعيداً عن الادراك الحسي ، وصعوبة في التركيز ، وبعض الفوضى في الفكر أو السلوك ، والإرتياب المفرط ، والقلق ، والانسحاب الاجتماعى ، واضطراب في دورة النوم واليقظة .

ضعف الوظائف المعرفية : كثيراً ما تلاحظ الأعراض السلبية ، والتى تتضح مع متغيرات تصوير الأعصاب وفقاً لأعراض متلازمة الذهان الموهن ، والذى يحد من السيطرة الطبيعية مع أنماط مشابهة من السلوكيات / ولكن مع شدة أقل من تلك التي

لوحظت في مرض تنفصام الشخصية ، ومع ذلك ، فإن بيانات تصوير الأعصاب - نظراً لعموميتها- لا تمثل التشخيص الدقيق على المستوى الفردي .

معدل الانتشار Prevalence :

متلازمة الذهان الموهن غير المعروف . الأعراض في المعيار A ليست غير شائعة في التماس مساعدة غير السكان ، تتراوح بين ٨-١٣ ٪ للهلوسة والتفكير المضلل ، ويبدو أنها لصالح الذكور بصورة طفيفة .

دورة النمو :

عادة ما تظهر متلازمة الذهان الموهن من منتصف / إلى أواخر فترة المراهقة أو أوائل مرحلة البلوغ . وقد تكون مسبوقة من قبل التطور الطبيعي أو نتيجة ضعف أدلة الإدراك ، ومع الأعراض السلبية ، أو ضعف التنمية الاجتماعية . وهناك ما يقرب من ١٨٪ في خلال سنة واحدة (و ٣٢٪ في ثلاث سنوات) قد يقدموا شواهد تلتقى مع معايير الاضطراب الذهاني . وفي بعض الحالات ، فإن متلازمة الانتقال إلى الاكتئاب أو الاضطراب الثنائي القطب مع ميزات نفسية ، قد تتطور إلى اضطراب طيف الفصام ، وهو الأكثر تواترا ، ويبدو أن التشخيص يتم تطبيقه بصورة أفضل للأفراد الأعمار من (١٥-٣٥ عاما) ولا يصف بالطبع المرحلة طويلة الأجل ، والتى تتجاوز ما بعد ٧- ١٢من السنوات .

المخاطر والعوامل المنذرة :

مزاجي : عوامل التنبؤ بتشخيص متلازمة الذهان الموهن لا تُميز بشكل نهائي ، إلا أن وجود الأعراض الادراكية السلبية ، قد يرتبط بضعف نتائج التشخيص ، وزيادة خطر الانتقال إلى الذهان .

الجينية والفسيولوجية : هناك تاريخ عائلي من الذهان يضع الفرد مع متلازمة الذهان الموهن في خطر متزايد لتطوير اضطراب ذهاني كامل ، كما ترتبط بيانات التصوير الهيكلية والوظيفية ، والكيميائية العصبية مع زيادة خطر الانتقال إلى الذهان .

الآثار الوظيفية الموهنة لمتلازمة الذهان : قد يواجه العديد من الأفراد العاهات الوظيفية ، من شديدة إلى متوسطة، إلى متواضعة ، والمترافقة مع انخفاض القيمة في الأداء الاجتماعى ودوره ، والذى قد يستمر حتى مع تقليل حدة الأعراض الكبيرة ،

إلا أن بعض الأفراد مع هذا التشخيص قد يتحسنوا مع مرور الوقت ، وكثير منهم لديهم أعراض خفيفة ، وكثير غيرهم سيواصلون حتى يتحقق لهم الشفاء التام .

التشخيص التفاضلي :

اضطراب ذهاني وجيز : عندما يصادف البداية الواضحة لأعراض متلازمة الذهان الموهن ، والتي قد تشبه أعراض اضطراب ذهاني وجيز . ومع ذلك ، فإن متلازمة الذهان الموهن ، ومع تلك الأعراض قد لا تُعبر عن عتبة الذهان / ويبقى الاختبار هو الذى النظرة السليمة للتشخيص .

اضطراب الشخصية الفصامية : على الرغم من وجود ميزات أعراض مشابهة لمتلازمة الذهان الموهن ، مع الاضطراب النسبي ، والمترافق مع سمات مستقرة لا تستوفي الجوانب التي تعتمد على أعراض المعيار (C) من متلازمة الذهان الموهن ، وبالإضافة إلى ذلك ، هناك حاجة إلى مجموعة أوسع من الأعراض التي تُشخص اضطراب الشخصية الفصامية ، وإن كان في مراحلة المبكرة من العرض قد يشبه متلازمة الذهان الموهن .

اضطرابات الاكتئاب ثنائي القطب : ويحدث تشوهات فى الواقع ، ويقتصر زمنيا على حلقة الاضطراب الاكتئابي ، أو الاضطراب ثنائي القطب / ويوصف كأكثر سمات تلك الاضطرابات التى لا تلبي المعيار (E) لمتلازمة الذهان الموهن . على سبيل المثال ، مشاعر تدني احترام الذات أو صفات من الصد المنخفض تجاه الآخرين ، والذى يشخص في سياق اضطراب اكتئابي غير مؤهل لمرضية متلازمة الذهان الموهن .

اضطرابات القلق : تشوهات الواقع لا تقتصر زمنيا على حلقة اضطرابات القلق ، وتوصف بأكثر سمات اضطراب القلق التى لا تلبي المعيار (E) لمتلازمة الذهان الموهن . وعلى سبيل المثال ، الشعور بأنه سيكون محط اهتمام غير مرغوب فيه في سياق اضطراب القلق الاجتماعى غير المؤهل لمتلازمة الذهان الموهن .

اضطراب ثنائي القطب الثاني : ويحدث تشوهات فى الواقع تقتصر زمنيا على حلقة من الهوس أو الهوس الخفيف ، وتوصف بأنها أكثر سمات الاضطراب الثنائي القطب ، والتى لا تفي بمعيار (E) لمتلازمة الذهان الموهن . وعلى سبيل المثال ، حدوث

تضخم فى تقدير الذات في سياق ضغوط الكلام وتقليل الحاجة للنوم بما يؤهل للحصول على متلازمة الذهان الموهن .

اضطراب الشخصية الحدية : تحدث تشوهات الواقع بصورة مصاحبة مع الشريط الحدودي لاضطراب الشخصية وتوصف بأنها أكثر سمة لا تلبي المعيار (E) لمتلازمة الذهان الموهن . وعلى سبيل المثال ، الشعور بعدم القدرة على الإستناد على مشاعر الخبرة في سياق من الخوف الشديد من التخلي عن غير الحقيقي أو المتوهم ، والمتكرر لتشويه الذات / وهو بذلك غير مؤهل لمتلازمة الذهان الموهن المرضي .

رد فعل تكيف المراهقة : وهى إما أعراض خفيفة ، أو عابرة مع التطور الطبيعي وبما يتفق مع درجة من التوتر من ذوي الخبرة ، وهى لا تستوفى مجال متلازمة الذهان الموهن .

أما انحراف الإدراك الحسي والتفكير السحري لدى الأفراد فلا يرتبط بهذا التشخيص، إلا أنه يجب أن يؤخذ بقوة عندما يترافق مع تشوهات الواقع غير المرتبطة بالاستغاثة أو الاضطراب الوظيفي بما يشير إلى الحاجة إلى الرعاية .

الاضطراب الذهاني التي يسببه الدواء : تعاطي المخدرات مشترك بين الأفراد الذين يلبوا معايير متلازمة الذهان الموهن . وقد تؤهل تلك الأعراض المميزة والمرتبطة بقوة بالفترة الزمنية مع حلقة تعاطي المخدرات . وفقاً للمعيار (E) لمتلازمة الذهان الموهن / وإذا لم يتحقق ذلك ، يتم التشخيص من المادة التي يسببها الدواء للاضطراب الذهاني ، وقد يكون ذلك هو الأفضل .

اضطراب نقص الانتباه : هناك تاريخ من ضعف الانتباه لا يستبعد التشخيص الحالي لمتلازمة الذهان الموهن ، والتى منها ضعف الانتباه ، والذى قد يكون - في وقت سابق - شرطاً لاضطراب الانتباه المرضي .

الاعتلال المشترك :

الأفراد الذين يعانون من متلازمة الذهان الموهن غالباً ما يعانون من القلق أو الاكتئاب : فإن بعض الأفراد مع متلازمة الذهان الموهن التشخيص التقدم لتشخيص آخر ، بما في ذلك القلق ، والاكتئاب ، ثنائي القطب ، واضطرابات الشخصية ، وفي مثل هذه الحالات ، فإن الأمراض النفسية المرتبطة بمتلازمة الذهان الموهن قد يتم

تشخيصها بصياغة مفاهيمية تعبر عن أعراض من بداية اضطراب آخر . أما حلقة الاكتئاب قصيرة المدة من الهوس الخفيف فتتحدد بمعايير مقترحة - ناتجة عن التجارب - وذلك مع واحد على الأقل من نوبة اكتئاب وفقاً لخمسة (أو أكثر) من المعايير التالية أسماؤهم خلال نفس الفترة (أسبوعان) وتمثل التغيير من الأداء السابق ؛ لواحد على الأقل من الأعراض إما (١) أو المزاج المكتئب (٢) فقدان الاهتمام أو المتعة . (ملاحظة : لا تشمل الأعراض التي تعزى بوضوح إلى حالة طبية) وذلك على النحو التالى : -

١. المزاج المكتئب لأكثر من يوم ، كل يوم تقريباً ، كما هو مبين من قبل أي شخصي تقرير (على سبيل المثال ، يشعر بالحزن ، فارغاً ، أو ميؤوس منه) أو الملاحظة التي يبديها الآخرين (على سبيل المثال ، يظهر باكيا) . (ملاحظة : في الأطفال والمراهقين ، يمكن أن يكون عصبي المزاج) .
٢. تضاؤل الاهتمام بشكل ملحوظ للمتعة في كل شيء ، أو كلها تقريباً ، وذلك فى معظم الأنشطة اليومية ، كل يوم تقريباً (كما هو مبين من قبل أي تقرير ذاتى أو بالملاحظة) .
٣. فقدان وزن كبير .عند عدم اتباع نظام غذائي أو زيادة الوزن (مثل التغير من أكثر من٥ ٪ من وزنه في الشهر) ، أو نقصان أو زيادة في الشهية تقريباً كل اليوم . (ملاحظة : في الأطفال ، يجب النظر في الفشل في تحقيق زيادة الوزن المتوقعة .
٤. الأرق أو فرط النوم كل يوم تقريباً .
٥. التحريض النفسي أو التخلف كل يوم تقريباً (ملاحظتها من قبل الآخرين ، وليس مجرد مشاعر ذاتية من الأرق أو إن تباطأت) .
٦. التعب أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً .
٧. الشعور بالذنب أو التفاهة المفرطة أو غير ملائمة (والتي قد تكون وهمية) كل يوم تقريباً (وليس مجرد اللوم الذاتي أو الشعور بالذنب حول كل ما يجري) .
٨. فقد القدرة على التفكير أو التركيز ، أو التردد ، كل يوم تقريباً (إما تضاؤل عن طريق التقرير الذاتى أو كما لوحظت من قبل الآخرين) .

٩. الأفكار المتكررة عن الموت (وليس فقط الخوف من الموت) ، دون التفكير في إيذاء النفس (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والمتكررة بصورة محددة .

B . الأعراض التى تسبب الضيق السريرى الهام ، أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو مجالات أخرى هامة من الأداء .

C . اضطراب لا ينسب إلى الآثار الفسيولوجية للمادة أو لآخر حالة طبية .

D . لا يفسر الاضطراب بصورة أفضل من خلال الاضطراب الفصامي العاطفي ، وليس بفرضه على الفصام ، أو مع الاضطراب الفصامي الشكل ، واضطراب الوهمية ، أوغيرها المحددة أو غير المحددة من طيف الفصام ، وغيرها من الاضطراب الذهاني .

وإنما يفسر مع اثنين على الأقل من نوبات عمر فترات النوبة التي تنطوي على المعيار المطلوب أعراض أدناه ولكنها غير كافية لمدة (يومان على الأقل ولكن أقل من أربعة أيام متتالية) لتلبية معايير لحلقة الأعراض المعيار هي كما يلي : -

أ- فترة متميزة مرتفعة بشكل غير طبيعي ومستمرة ، وتوسعية ، أو عصبي المزاج بشكل غير طبيعي مع استمرار زيادة النشاط الموجه نحو هدف أو بطاقة زائدة .

ب- زيادة الطاقة والنشاط أثناء فترة اضطراب المزاج ، مع ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض التالية والتى قد تستمر (لأربع مرات إذا كان المزاج عصبي فقط) ، وتمثل تغير ملحوظاً فى السلوك المعتاد ، وإن كان موجودا إلى حد كبير فيما يلى:-

١. تضخم تقدير الذات أو العظمة .

٢. تناقص الحاجة إلى النوم (على سبيل المثال ، يشعر بالراحة بعد ٣ ساعات فقط من النوم) .

٣. أكثر حيمية من المعتاد أو الضغط على مواصلة المحادثات .

٤. هروب الأفكار أو تجربة ذاتية للأفكار المتسارعة .

٥. التشتت (أي لفت الانتباه بسهولة جدا لغير المهم ، أو غير ذات صلة الخارجية بالمحفزات) ، كما ذكر أو ما تم ملاحظته من قبل .

٦. زيادة في النشاط الموجه الهدف (سواء اجتماعيا أو في العمل أو المدرسة ، أو عن طريق الاتصال الجنسي) أو الانفعالات النفسية .
٧. الإفراط في تورطهم في الأنشطة التي لها قدرة عالية على عواقب مؤلمة (على سبيل المثال ، الفرد يشارك في المرح ، والشراء المنفلتة ، والطائشة الجنسية ، أو الاستثمارات التجارية التى تتسم بالحماقة) .

ج. ترتبط الحلقة مع تغيير لا لبس فيه في الأداء التي ، غير المعهود من الفرد عندما لا تكون الأعراض ظاهرة .
ح. اضطراب في المزاج والتغيير في الأداء يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين .
خ. الحلقة ليست خطيرة بما يكفي لتسبب ضعفاً ملحوظاً في المهام الاجتماعية أو المهنية ، أو تتطلب دخول المستشفى ، إلا إذا كانت هناك ميزات نفسية ، أو مع حلقة من الهوس .
د. لا تنسب الحلقة إلى الأثار الفسيولوجية للمادة (على سبيل المثال ، دواء ، أو علاج آخر) .

الميزات التشخيصية :

الأفراد مع مدة قصيرة من الهوس الخفيف / شهدوا اكتئاب رئيس واحد على الأقل خلال الحلقة فضلا عن اثنين على الأقل من الحلقات لمدة ٢-٣ أيام ، وفقاً للمعايير التي تلتقى مع حلقة (باستثناء مدة الأعراض) . وهذه الحلقات ذات كثافة كافية / كى تصنف بوصفها حلقة ولكن لا تلبي متطلبات (مدة ٤ أيام) من الأعراض موجودة بدرجة كبيرة ، بحيث أنها تلاحظ فى إحداث تغيير فى سلوك الفرد العادي .

الفرد مع تاريخ من الهوس الخفيف ، ومع حلقة الاكتئابي قد يُعرف بالاضطراب ثنائي القطب الثاني ، بغض النظر عن المدة الحالية من أعراض الهوس الخفيف .

الميزات المرتبطة بدعم التشخيص :

الأفراد الذين عانوا مع مدة قصيرة من الهوس الخفيف وحلقة الاكتئابي ، ومع زيادة الاعتلال المشترك مع اضطرابات تعاطي المخدرات وفى ظل وجود تاريخ عائلي مع الاضطراب ثنائي القطب ، فهم أكثر شبها بالأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب مع اضطراب اكتئابي .

كما تم العثور على الاختلافات بين الأفراد مع مدة قصيرة من الهوس الخفيف ، ومع الذين يعانون من الاضطراب الثنائي القطب ، مع ضعف عمل أكبر لدى الأفراد مع اضطراب ثنائي القطب ، كما كان عدد متوسط الحلقات يقدر مع الأفراد / مع مدة قصيرة من الهوس الخفيف ، والذى قد يحمل خطورة أقل لدى الأفراد من ذوي حلقات الهوس الخفيف ، بما في ذلك أقل عطوبية فى المزاج .

معدل الانتشار Prevalence :

مدة قصيرة من الهوس الخفيف غير واضح ، وفقاً للمعايير الجديدة من دليل DSM-5- . وباستخدام معايير مختلفة إلى حد ما ، ومع ذلك ، فقد يحدث الهوس الخفيف لمدة قصيرة في ٢,٨ ٪ من السكان (مقارنة مع هوس خفيف أو الهوس في ٥,٥ ٪ من السكان) . وقد تكون قصيرة المدة مع الهوس الخفيف الأكثر شيوعاً في الإناث ، والذي قد يقدم مع المزيد من ميزات الاكتئاب غير النمطي .

المخاطر والعوامل المنذرة :

الجينية والفسيولوجية : هناك تاريخ عائلي من الهوس لمدة (٢-٣) مرات هى الأكثر شيوعاً في الأفراد مع مدة قصيرة ، من الهوس الخفيف بالمقارنة مع عموم السكان ، ولكن أقل من ٥٠٪ الشائعة مع الأفراد الذين لديهم تاريخ من الهوس أو هوس خفيف . الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ويمثل خطراً للأفراد مع مدة قصيرة من الهوس الخفيف والذين لديهم معدلات أعلى من إيذاء النفس (إزهاق النفس المحرم شرعاً) عنه لدى الأفراد الأصحاء ، وإن لم يكن بنفس المستوى في الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب .

عواقب وظيفية قصيرة المدة من الهوس الخفيف والعاهات الوظيفية المرتبطة تحديدا مع مدة قصيرة من الهوس الخفيف / غير المحددة بشكل كامل . ومع ذلك ، تشير البحوث إلى أن الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم مستويات ضعيفةأقل من العمل / عنه من الأفراد الذين يعانون من اضطراب ثنائي القطب والأكثر مرضية، والمرتبط باضطرابات تعاطي المخدرات ، وخاصة اضطراب الكحول .

التشخيص التفاضلي :

اضطراب ثنائي القطب الثاني : يتميز اضطراب ثنائي القطب الثاني ، بظهور أعراض هوس خفيف قبل فترة من (٤ أيام) على الأقل من حدوثه ، في حين تمتد مدة الهوس الخفيف (من٢-٣ أيام) مع تلك الأعراض . ولمرة واحدة شوهدت حلقة هوس خفيف لمدة أكثر من (٤ أيام / وفقاً لمنظمة أوكسفام الدولية) وبعدها يصبح التشخيص معتمداً ، ويبقى اضطراب ثنائي القطب الثاني بغض النظر لمدة أو فترات أعراض الهوس الخفيف .

اضطراب اكتئابي : ويتميز الاضطراب الاكتئابي أيضاً بما لا يقل عن (نوبة اكتئاب واحدة) مدى الحياة . ومع ذلك ، فتوجد إضافة لاثنين على الأقل (حلقتين) من فترة (من ٢-٣ أيام) من أعراض هوس خفيف يؤدي إلى تشخيص مدة قصيرة للهوس الخفيف بدلا من تشخيصه باضطراب اكتئابي .

اضطراب إكتئابي مع ميزات مختلطة : يتميز اضطراب اكتئابي بملامح مختلطة ومدة قصيرة من الهوس الخفيف مع وجود بعض أعراض الهوس الخفيف وحلقة اكتئابي . ومع ذلك ، فإن الاضطراب الاكتئابي مع ميزات مختلطة ، يتم تشخيصه مع الهوس الخفيف الحالي / وذلك بالتزامن مع حلقة اكتئابي .

اضطراب ثنائي القطب الأول : يتمايز الاضطراب الثنائي القطب الأول بمدة قصيرة من الهوس الخفيف من جانب واحد على الأقل/ من خلال نوبة جنون ، والتي تظهر (لمرة واحدة على الأقل في الأسبوع) والتي تصبح أكثر شدة بما (يسبب ضعف أكثر فى الأداء الاجتماعى) نتيجة حلقة الهوس الخفيف .

وتنطوى الحلقة (أي المدة) على أعراض ذهانية ، وقد تستلزم ذلك دخول المستشفى ، خاصة مع نوبة جنون بدلا من واحدة هوس خفيف .

اضطراب دوروية المزاج : يتميز اضطراب دوروية المزاج بفترات من أعراض الإكتئاب وفترات من أعراض الهوس الخفيف ، بحضور رئيس للاكتئاب ، والذى يحول دون تشخيص دقيق لاضطراب دوروية المزاج .

الاعتلال المشترك :

الهوس الخفيف قصير المدة : مماثل لنوبات الهوس الخفيف الكامل ، ويرتبط ذلك بارتفاع معدلات اضطرابات القلق المرضية ، واضطرابات تعاطي المخدرات لدى عموم السكان ، مع استمرار اضطراب Confiplex الفجيعة وفقاً للمعايير المقترحة التالية : -

أولاً : شهدت الحالات الفردية وفاة شخص لديه علاقة وثيقة بنوبة الهوس .

ثانياً : وفاة ، واحدة على الأقل من الأعراض التالية : ممن لديهم نوبات هوس في أكثر الأيام ، وبدرجة هامة سريرية ، والتي استمرت (لمدة ١٢ شهراً) على الأقل بعد وفاة في حالة من البالغين ، و(٦ أشهر) للأطفال الثكلى : -

١. استمرار توق الشوق للميت . خاصة للأطفال الصغار ، وقد يكون التوق يعرب عن نفسه في اللعب والسلوك ، بما في ذلك السلوكيات التي تعكس فصلهم من جمع الشمل أيضاً .
٢. الحزن الشديد والألم العاطفي حتى الموت .
٣. الانشغال بالمتوفى .
٤. الانشغال بملابسات الوفاة . في الأطفال ، وهذا الانشغال مع المتوفى يمكن التعبير عنه من خلال محاور اللعب والسلوك ، وقد يمتد إلى الانشغال باحتمال وفاة الآخرين على مقربة منهم .

ثالثاً : منذ حدوث الوفاة ، هناك ستة على الأقل من الأعراض التالية من ذوي الخبرة لمدة عدة أيام من دون أن تشكل درجة سريرية هامة ، وأن تستمر (لمدة ١٢ شهراً) على الأقل بعد وفاة حالة من البالغين الثكلى و(٦ أشهر) للأطفال الثكلى : -

١. شهد صعوبة تقبل الموت . في الأطفال ، وهذا يعتمد على قدرة الطفل على فهم معنى وديمومة الموت .
٢. المعاناه أو الإنكار أو الخدر العاطفي أكثر مع الخسارة .
٣. صعوبة في الحنين الإيجابي حول المتوفى .
٤. المرارة أو الغضب المتصل بالخسارة .

٥. تقييم مهيئ عن نفسه فيما يتعلق بالمتوفى أو الوفاة (على سبيل المثال ، اللوم الذاتي) .
٦. تجنب الإفراط في التذكير بالخسارة (على سبيل المثال ، وتجنب الأفراد ، الأماكن ، أو الحالات المرتبطة بالمتوفى ؛ في الأطفال ، وهذا يمكن أن تشمل تجنب الأفكار والمشاعر فيما يتعلق بالمتوفى) الاجتماعية واضطراب الهوية .
٧. الرغبة في الموت من أجل أن يكون مع المتوفى .
٨. صعوبة الثقة فى الأفراد الآخرين منذ الوفاة .
٩. شعور بالوحدة ، أو البعد عن غيرهم من الأفراد منذ حدوث الوفاة .
١٠. الشعور بأن الحياة لا معنى له أو فارغة دون المتوفى ، أو الاعتقاد بأن لا يمكن للمرء أن يستمر من دون حدوث الوفاة .
١١. التباس حول دور واحد في الحياة ، أو الشعور بتقلص الهوية الواحدة (على سبيل المثال ، الشعور بأنه فقد جزءاً من الذات مع المتوفى) .
١٢. صعوبة أو عدم الرغبة في تحقيق المصالح منذ (رحيل المتوفى) أو حتى للتخطيط للمستقبل (على سبيل المثال ، الصداقات ، والأنشطة) ، وجود اضطراب دال يسبب ضائقة سريرية مهمة ، أو ضعف في المهام الاجتماعية والمهنية ، أو من خلال مجالات أخرى هامة من الأداء .

رابعاً : رد فعل الفجيعة ينسب أو يتعارض مع العوامل الدينية، ثم الثقافية ، أو العمر المناسب للمعايير .

تحديد ما إذا :

مع الفجيعة المؤلمة : الفجيعة بسبب القتل أو إيذاء النفس (إزهاق النفس المحرم شرعاً) مع استمرار الانشغالات المؤلمة بشأن طبيعة الصدمة أو الوفاة (وفي كثير من الأحيان في الاستجابة إلى ذكريات حول الفقيد) ، بما في ذلك المتوفى اللحظات الأخيرة ، ودرجة المعاناة ، وتشويه الإصابة ، أو الطبيعة الضارة المتعمدة من الموت .

الميزات التشخيصية :

لا يتم تشخيص اضطراب الفجيعة المستمر والمعقد إلا إذا كان لا يقل عن ١٢ شهراً (٦ أشهر في الأطفال) منذ وفاة الشخص ، أو منذ نهاية العلاقة (معيار A) . هذا الإطار الزمني يميز الحزن العادي من استمرار الحزن . إعادة ما تنطوي لحالة على توق ثابت أو الشوق للميت ، والتي قد تترافق مع الحزن الشديد وكثرة البكاء (B2) أو الانشغال بالمتوفى (B3) . وقد يكون الفرد أيضاً مشغولاً مع الطريقة التي توفي بها الشخص (B4) . ويلزم لتشخيصه ستة أعراض إضافية ، بما في ذلك صعوبة وضع علامة قبول بأن الفرد قد توفي (. الكلورين) (مثل إعداد وجبات الطعام بالنسبة لهم) ، وإنكار أن الفرد هو المتوفى (C2) ، مع ذكريات مؤلمة للمتوفى (. C3) ، والغضب إزاء الخسائر (C4) ، وتقييم مهيئ عن نفسه فيما يتعلق بالمتوفى أو بالوفاة (C5) ، وتجنب الإفراط في التذكير بالوفاه (C6) . كم يمكن للأفراد أيضاً الإبلاغ عن الرغبة في الموت لأنهم يرغبون في أن يكونوا مع المتوفى (C7) ، وأنهم قد لا يثقون فى الآخرين (C8)؛ والشعور بالعزلة (C9) ، ويعتقد بأن الحياة ليس لها معنى أو غرض دون المتوفى (CI0)؛ مع المعاناة بتجربة الشعور بتقلص الهوية في الشعور بأن جزءا من أنفسهم قد مات أو فقد (C11) ، أو يجدون صعوبة في الانخراط في الأنشطة ، ومتابعة العلاقات ، أو التخطيط للمستقبل (C12) .

استمرار اضطراب الفجيعة المعقدة يتطلب ضائقة سريرية مهمة أو ضعف في الأداء النفسي (D) .

أما طبيعة وشدة الحزن فيجب أن يكون بسبب المعايير المتوقعة للوضع الثقافي ذات الصلة (E) . وعلى الرغم من أن هناك اختلافات في شكل الحزن التى يمكن أن يظهر مع أعراض الاضطراب المستمر مع الفجيعة المعقدة التى تحدث في كلا الجنسين ، وذلك في مختلف الفئات الاجتماعية والثقافية .

المميزات المرتبطة بدعم التشخيص :

بعض الأفراد يستمروا فى الاضطرابات المعقدة مع تجربة فجيعة الهلوسة تجاه المتوفى سواء (السمعية أو البصرية) الذين قد يرون المتوفى (على سبيل المثال ، رؤية المتوفى في جلسة (له / أو لها) على كرسيه المفضل) . والذين قد يتعرضون أيضاً للشكاوى

الجسدية المتنوعة (على سبيل المثال ، شكاوى في الجهاز الهضمي ، والألم ، والتعب) بما في ذلك الأعراض التي قد يعاني منها المتوفى .

أما معدل انتشار الفوضى المستمرة مع الفجيعة المعقدة ، فتصل لحوالي 2٪ : 4٪ . ويعد هذا الاضطراب هو أكثر معدلات الانتشار في الإناث عنها لدى الذكور .

دورة التطوير :

يمكن أن يحدث الاضطراب المستمر مع الفجيعة المعقدة في أي سن ، بداية (بعد سن عام واحد) . والذى عادة ما تبدأ الأعراض في غضون الأشهر الأولى بعد الموت ، وعلى الرغم من أنه قد يكون هناك تأخير من أشهر ، أو حتى سنوات ، قبل ظهور المتلازمة الكاملة . وعلى الرغم من الحزن الذى يظهر الاستجابات الشائعة التالية للفجيعة على الفور ، أما ردود الفعل هذه فلا تشير إلى تشخيص الاضطراب المستمر كما فى الفجيعة المعقدة ، إلا إذااستمرت الأعراض إلى ما بعد ١٢ شهراً (٦ أشهر للأطفال) .

وقد يتعرض الأطفال الصغار لفقدان الرعاية الأولية عقب الصدمة ، كما يمكن أن يحدث تشتت فى التنظيم المتزامن مع آثار غياب الرعاية لديهم ، وعدم القدرة على التكيف ، ويمكن أن يعبر الأطفال عن ذلك بالضيق في اللعب والسلوك ، والانحدارات التنموية ، والسلوك القلق ، أو الندم (على أوقات الانفصال وجمع الشمل) . وقد يعانى الأطفال الأصغر سنا من الاستغاثة السائدة في المهام الاجتماعية / وشدة الهوية وخطر الاكتئاب المرضي ، والذى يمكن أن يظهر على نحو متزايد في الأطفال الأكبر سنا والمراهقين .

العوامل خطر المنذرة :

البيئية : يزداد خطر استمرار اضطراب الفجيعة المعقدة عن طريق فقد الاعتماد على الشخص المتوفى بعد حدوث الوفاة ، ويمكن أن تحدث الاضطرابات نتيجة نقص دعم الرعاية ، مما يزيد من مخاطر ما يتعرض له الأطفال .

الجينية والفسيولوجية : ومما يزيد من مخاطر هذا الاضطراب / ما تعانيه الثكلى كونها أنثى ، وهى الأكثر وجدانياً ، وعاطفياً عنها من الذكور .

قضايا تشخيصية ذات صلة ثقافة :

تلاحظ أعراض الاضطراب المستمر مع الفجيعة المعقدة عبر الثقافية : من الإعدادات ، التي قد تظهر ردود الحزن بطرق محددة ثقافيا . ولكي يتم تشخيص الاضطراب يتطلب رصد الاستجابات المستمرة والشديدة ، والتي تتجاوز المعايير الثقافية من ردات الحزن ، والذي لا يتم تفسيره بشكل أفضل من خلال طقوس الحداد المحددة ثقافيا .

خطر إيذاء الذات :

الأفراد مع استمرار اضطراب الفجيعة المعقدة في كثير من الأحيان الإبلاغ عن إيذاء النفس ، أما الآثار الوظيفية لاستمرار اضطراب Compiex الفجيعة فيرتبط باستمرار اضطراب الفجيعة المعقدة التي تتضح مع عجز في العمل وضعف الأداء الاجتماعي ، مع السلوكيات الصحية الضارة ، مثل زيادة استخدام التبغ والكحول ، وقد ترتبط مع حدوث زيادات ملحوظة في مخاطر التعرض للظروف الطبية الخطيرة ، بما في ذلك أمراض القلب ، وارتفاع ضغط الدم ، والسرطان ، ونقص المناعة ، وانخفاض نوعية الحياة .

التشخيص التفاضلي :

الحزن العادي : ويتميز بالاضطراب المستمر مع الفجيعة المعقدة من العادي الحزن بسبب وجود ردود فعل الحزن الشديد التي تستمر ١٢ شهراً على الأقل (أو ٦ أشهر في الأطفال) بعد وفاة الفقيد . إلا أنه عندما تستمر المستويات الحادة من استجابة الحزن لمدة (١٢شهراً على الأقل) بعد حدوث الوفاة ، والتي تتداخل مع قدرة الفرد على العمل، وعندها يتم تشخيصها باضطراب الفجيعة المعقدة المستمرة .

اضطرابات اكتئابية : استمرار اضطراب الفجيعة المعقدة ، والاضطراب الاكتئابي ، مع استمرار البكاء والحزن مع اضطراب الأكتئاب . في حين أن الاضطراب الاكتئابي ، واضطراب الاكتئاب المستمر يمكن أن يشترك مع المزاج المكتئب / وبالتالى مع استمرار اضطراب الفجيعة المعقدة ، ويتميز هذا الأخير بالتركيز على خسارة فقدان المتوف .

اضطراب ما بعد الصدمة : الأفراد الذين يعانون من الفجيعة نتيجة صدمة الموت ، قد يضعوا كلا من اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) مع اضطراب الفجيعة المعقدة المستمرة . وكلا الأعراض يمكن أن تنطوي على الافكار الدخيلة والابطال .

في حين أن التدخلات في اضطراب ما بعد الصدمة تدور حول الحدث الصادم ، مع توارد الذكريات التدخلية المستمرة بتركيز على اضطراب الفجيع ، وذلك حول العديد من الأفكار مع جوانب العلاقة مع المتوفى ، بما في ذلك الجوانب الإيجابية للعلاقة والضيق من الفراق .

أما الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الفجيعة المؤلمة ، المعقدة ، والمستمرة المحددة ، أما الأفكار المؤلمة أو المشاعر فقد تكون أكثر ارتباطا بشكل علني بطريقة الوفاة ، وذلك بالتوازى مع أوهام الأسى لما حدث . ويمكن لكلا من الفجيعة المعقدة المستمرة / مع اضطراب ما بعد الصدمة / بأن تنطوي على تجنب التذكير بالأحداث المؤلمة .

في حين يمكن تلافى اضطرابات ما بعد الصدمة من خلال تجنب ثابت من التذكير الداخلي والخارجي الناتجة من تجربة قاسية ، في استمرار اضطراب الفجيعة المعقدة ، خاصة مع وجود إنشغال مع الفقدان والتوق للميت ، فى الوقت الذى تكون فيه الحالة مُغيبة مع اضطراب ما بعد الصدمة .

إضطراب قلق الانفصال (الفقدان) : يتميز اضطراب قلق الانفصال إلى كبت القلق حول (الفقدان) / في حين تنطوى الفجيعة المعقدة المستمرة باضطراب يترافق مع استغاثة حول فراق الشخص المتوفى .

الاعتلال المشترك :

الاضطرابات المرضية الأكثر شيوعاً مع استمرار اضطراب الفجيعة المعقدة ، تظهر معها الاضطراب الاكتئابي ، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطرابات تعاطي المخدرات ، واضطراب ما بعد الصدمة المرضى، وهو الأكثر تواترا مع استمرار اضطراب الفجيعة المعقدة / وذلك مع وقع الموت في الصدمة الأولى أو مع الظروف العنيفة الصادمة .

اضطراب الاستخدام الكافيين :

معـايير نمـط إشـكالية اسـتخدام الكـافيين يـؤدي إلى الـضعف الـسريرى الهـام أو لضائقة ، وتتجلى في ما لا يقل عن الثلاثة الأولى من المعايير التالية التي تحدث خلال فترة الـ ١٢ شهراً : -

١. الرغبة المستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على استخدام الكافيين .

٢. اسـتمرار اسـتخدام الكـافيين علـى الـرغم مـن وجـود المعرفـة الماديـة المـستمرة أو المتكررة ، للمشاكل النفسية التى من المرجح أن تكـون ناجمـة أو تفاقمـت بـسبب الكافيين .

٣. الانسحاب ، كما يتجلى من قبل أي من الإجراءات التالية : -

✓ Syndronne متلازمة انسحاب مميز لمادة الكافيين .

✓ يتم أخذ الكافيين (أو ذات الصلة عن كثب) كمـادة لتخفيـف أو تجنـب أعراض الانسحاب .

٤. غالباً ما يؤخذ الكافيين بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان يعتزمه الفرد .

٥. استخدام الكافيين المتكرر يـؤدى إلى عـدم الوفـاء بالالتزامـات الحياتيـة ، وخلـل فى الأدوار الرئيسة في العمل ، المدرسة ، أو المنزل (على سبيل المثال ، التـأخر المتكـرر أو التغيـب عـن العمـل أو المدرسـة / وجميعهـا ذات الـصلة باسـتخدام الكـافيين أو الانسحاب منه) .

٦. استمرار استخدام الكافيين على الرغم مـن والوجـود المـستمر أو المتكـرر للمـشاكل الاجتماعية أو الشخصية ، أو مع المشاكل الناجمة أو التي تفاقمت بسبب آثار الكافيين (على سبيل المثال ، مع حجج الزوج حول عواقب مشاكل طبية لديـه ، أو التكلفـة المادية لعلاجه) .

٧. التسـامح ، كما هو محدد من قبل أي من الإجراءات التالية : -

- ثمة حاجة لزيادة كميات ملحوظة من الكافيين لتحقيق التأثير المطلوب .
- تضاؤل بشكل ملحوظ مع استمرار تأثير استخدام نفس الكمية من الكافيين .

٨. ينفق قدرا كبيرا من الوقت في الأنشطة الـضرورية للحـصول علـى مـادة الكـافيين ، أو استخدام الكافيين ، أو التعافي من آثاره .

٩. شغف أو رغبة قوية في استخدام الكافيين .

يتم إثبات تشخيص الإدمان بسبب الكافيين من قبل منظمة الصحة العالمية المنظمة في ICD-10. منذ نشر DSM -IV في عام ١٩٩٤ ، والذى حاز على قدر كبير من البحث ، والذى نشر تحت بند الاعتماد على مادة الكافيين . وهناك الآن أدلة كافية لتبرير إدراج مادة الكافيين تحت مسمى / اضطراب استخدام الكافيين باعتباره التشخيص الناتج عن البحوث الصادرة في دليل DSM-5.

ويختلف التشخيص المقترح لدراسة اضطراب استخدام الكافيين عن غيره من اضطرابات تعاطي المخدرات ، مما يعكس الحاجة إلى تحديد الحالات التي لديها فقط أهمية سريرية كافية لتبرير وضع العلامات للاضطراب العقلي .

ويتمثل الهدف الرئيس من بينها باضطراب استخدام مادة الكافيين في هذا القسم من دليل DSM-5 والذى بمثابة تحفيز للبحوث التي من شأنها أن تحدد الموثوقية والصلاحية ، ومعدل انتشار اضطراب استخدام الكافيين على أساس مخطط التشخيص المقترح ، مع الاهتمام الخاص بعلاقته بتشخيص ذوي العاهات الوظيفية كجزء من اختبار الصلاحية .

المعايير المقترحة لاضطراب استخدام الكافيين : تعكس الحاجة إلى عتبة للتشخيص أعلى من تلك المستخدمة مع غيره من الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة . والمقصود من تلك العتبة منع الإفراط في تشخيص اضطراب استخدام الكافيين ، ويرجع ذلك إلى ارتفاع المعدل المعتاد - غير الإشكالي - للنسب العالية لاستخدام الكافيين يوميا لدى عموم البشر .

الميزات التشخيصية :

ويتميز اضطراب استخدام مادة الكافيين من قبل استمرار استخدام الكافيين وعدم السيطرة على الرغم من ظهور العواقب الجسدية أو النفسية السلبية . ففي استطلاع عام ، أيد ١٤ ٪ من مستخدمي الكافيين معيار استخدامه على الرغم من نتائجة الضارة ، حيث تؤكد معظم تقارير الأطباء والمستشارين بنصح هؤلاء الأفراد لوقف أو الحد من استخدام الكافيين خلال العام الماضي .

أما المشاكل الطبية والنفسية التي تعزى إلى الكافيين فتشمل : القلب والمعدة ومشاكل في المسالك البولية ، والشكاوى من القلق ، والأكتئاب ، والأرق ، والتهيج ، وصعوبة التفكير ، كما أفاد ٤٥ ٪ في نفس الدراسة ، من مستخدمي الكافيين الرغبة أو بذل جهود غير ناجحة للسيطرة على استخدام الكافيين ، وذكر ١٨٪ منهم بالانسحاب منه ، ٨ ٪ مع التسامح ، و٢٨٪ استخدام أكثر من المقصود ، وذكر ٥٠ ٪ بأنهم أنفقوا قدرا كبيرا من الوقت مع استخدام الكافيين . بالإضافة إلى ذلك ، أفاد ١٩ ٪ رغبة قوية مع استخدام الكافيين لا يمكن أن يقاوموها ، وذكر أقل من ١٪ أن الكافيين قد تدخل مع الأنشطة الاجتماعية .

بين أولئك الذين يسعون لعلاج الإقلاع عن استخدام الكافيين ، أفاد ٨٨ ٪ منهم ببذل محاولات جادة قبل تعديل استخدام الكافيين ، وذكر ٤٣ ٪ منهم قد نصحوا - من قبل الأطباء والاستشاريين - بخفض أو الامتناع تماماً عن الكافيين .

كما أيد ٩٣ ٪ علامات وأعراض تلبية معايير دليل DSM -IV صدق معايير الدليل الرابع للاعتماد على الكافيين ، كما أيدت المعايير الشائعة مجرد الرغبة المستمرة أو غير ناجحة بنسبة (٩٦ ٪) فى السيطرة على استخدام الكافيين وأيد (٨٩ ٪) من المستخدمين للكافيين / معرفتهم بالمشاكل الجسدية أو النفسية التي تسببها مادة الكافيين . أما الأسباب الأكثر شيوعاً فى الرغبة لتعديل الكافيين المتعلق بالصحة فتصل إلى نسبة (٥٩ ٪) ، وأخيرا وصلت نسب من أبدو الرغبة في ألا يعتمدوا على الكافيين نهائياً إلى (٣٥ ٪) فقط .

وتمت مناقشة فى دليل DSM-5 حول انسحاب الكافيين في الفصل القسم الثاني " فى مادة الاضطرابات ذات الصلة بالادمان " والذى يقدم معلومات عن ملامح الانسحاب وفقاً لمعايير محددة .

وقد تم توثيق معايير استخدام الكافيين ، من خلال تجربة واضحة المعالم لمتلازمة الانسحاب الحادة على الامتناع عن الكافيين ، والتي تعتمد على العديد من الأفراد مع الكافيين ، والذين قدموا تقريرا عن استمرار استخدام الكافيين لتجنب المعاناه من أعراض الانسحاب .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل انتشار اضطراب استخدام مادة الكافيين في عموم السكان غير واضح . وذلك استنادا إلى جميع معايير السبعة العامة فى الدليل الرابع DSM-IV-TR للاعتماد على ٣٠ ٪ من مستخدمي الكافيين الحاليين وقد تلتقى معايير الدليل الرابع DSM-IV لتشخيص الاعتماد على مادة الكافيين ، مع تأييد من ثلاثة أو أكثر معايير الاعتماد ، خلال عام سابق .

ولا تستخدم سوى أربعة فقط من المعايير السبعة المعتمدة (تستخدم ثلاثة من تلك المعايير الرئيسة المقترحة كما سبق أعلاه بالإضافة إلى معيار التسامح) .

كما إنخفض معدل الانتشار فى العالم إلى ٩ ٪ . وبالتالي ، فإن معدل الانتشار المتوقع من استخدام الكافيين مع احتمالات حدوث اضطرابات بين المستخدمين العاديين / من المرجح أن يقل عن ٩ ٪ . بالنظر إلى أن ما يقرب من ٧٥ ٪ -٨٠ ٪ من عامة السكان يستخدموا الكافيين بشكل منتظم ، لذا فإن معدل الانتشار المقدر أن يكون أقل من ٧ ٪ . بين العاديين الذين يشربون الكافيين ، بأنهم سيكونون أكثر عرضة لمشاكل استخدام الكافيين : (مثل المدارس الثانوية وطلاب الجامعات ، والأفراد أثناء العلاج من تعاطي المخدرات ، والأفراد في عيادات الألم الذين لديهم تاريخ أخير من إساءة الكحول أو استعمال المخدرات غير المشروعة) ، قد يكونوا ما يقرب من ٢٠ ٪ من نمط الاستخدام الذى يجمع كل ثلاثة من المعايير المقترحة في المعيار A .

دورة النمو :

وقد تبين بأن الأفراد الذين تجتمع لديهم معايير اضطراب نمط استخدام الكافيين ، وقد تبين من خلال مجموعة واسعة من الأفراد / مع تناول الكافيين بصفة يومية والمستهلكين لمختلف الأنواع تحتوي على مادة الكافيين (مثل القهوة والمشروبات الغازية ، والشاي والأدوية) . وقد تبين عند تشخيص استخدام الكافيين التنبؤ بوجود اضطراب - بأثر رجعي - نتيجة وجود نسبة أكبر من الكافيين لتعزيز الانسحاب الأكثر شدة .

كما تم التعرف على اضطراب استخدام مادة الكافيين في كل من المراهقين والبالغين ، وأيدت معدلات استهلاك الكافيين ، مع المستوى العام لاستهلاكه بأنها تميل إلى الزيادة مع تقدم العمر حتى أوائل إلى منتصف سن الثلاثين / ثم تستقر .

أما العوامل المرتبطة بالعمر لاضطراب استخدام الكافيين غير معروفة ، على الرغم من أن القلق ذات الصلة يتزايد مع الاستهلاك المفرط للكافيين بين المراهقين والبالغين والشباب من خلال استخدام مشروبات الطاقة التي تحتوي على نسب عالية من الكافيين .

المخاطر والعوامل المنذرة :

الجينية والفسيولوجية : يؤدى استخدام الكافيين الثقيل والتسامح مع الكافيين ، وتصل نسب مجموعة الانسحاب من الكافيين من ٣٥ إلى ٧٧ ٪ . لاستخدام الكافيين ، والكحول ، وتدخين السجائر ، ويعد العامل الوراثي الشائع (استخدام polysubstance) وراء استخدام هذه المواد الثلاثة وذلك مع ٢٨ ٪ من الآثار الموروثة من استخدام الكافيين (أو الاستخدام الكثيف) المشترك مع الكحول والتدخين .

ويرتبط الكافيين وتعاطي التبغ باضطرابات كبيرة تتأثر بعوامل وراثية فريدة من نوعها لهذه العقاقير المشروعة ، كما يعد حجم التوريث لعلامات اضطراب استخدام الكافيين مماثلاً لاضطراب استخدام الكحول والتبغ ، والمتوافق مع علامات الاضطراب .

عواقب وظيفية من اضطراب الكافيين : اضطراب استخدام الكافيين قد يتوقع زيادته مع استخدام الكافيين خلال فترة الحمل . كما يعد انسحاب الكافيين ، سمة أساس من سمات اضطراب استخدام الكافيين ، وقد تبين بأنه ينتج اضطراب وظيفي في الأنشطة اليومية العادية . وقد تتضمن أعراض الكافيين التسمم ، والغثيان ، فضلا عن انخفاض قيمة الأنشطة العادية . وقد يحدث معه اضطرابات كبيرة من خلال الأنشطة اليومية العادية لاستخدام الكافيين، منها الامتناع عن ممارسة الجنس .

التشخيص التفاضلي :

استخدام إشكالية غير الكافيين : التمييز بين استخدام إشكالية غير الكافيين واضطراب استخدام الكافيين يمكن أن يكون صعبا مع المهام الاجتماعية والسلوكية

والنفسية ، والتى قد تكون مشاكل صعبة تنسب إلى جوهر ومعدل الاستخدام ، ولا سيما في سياق استخدام مواد أخرى .

أما استخدام الكافيين الثقيل فيمكن أن يؤدي إلى التسامح والانسحاب الشائع نسبيا ، والذي في حد ذاته لا ينبغي أن يكون كافياً لجعل التشخيص أكثر دقة .

إضطراب استخدام المنشطات : المشاكل المتعلقة باستخدام الأدوية المنشطة الأخرى أو المواد التى قد تقارب ملامح اضطراب استخدام مادة الكافيين .

إضطرابات القلق : استخدام الكافيين الثقيل المزمن قد يحاكي اضطراب القلق العام ، واستهلاك الكافيين الحادة قد ينتج عنه الذعر الهجمات .

الاعتلال المشترك :

قد يكون هناك اعتلال مشترك بين اضطراب استخدام الكافيين وتدخين السجائر يوميا ، وتلعب الأسرة أو التاريخ الشخصي فى زيادة استفحال اضطراب تعاطى الكحول ، أما ملامح اضطراب استخدام الكافيين (مثل ، التسامح وانسحاب الكافيين) فقد تكون مرتبطة بشكل إيجابي مع العديد من التشخيصات : الرئيسة من الاكتئاب ، واضطراب القلق العام ، واضطراب الهلع ، واضطراب الشخصية المعادية للمجتمع ، واضطراب الكحول ، والحشيش ، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي الكوكايين .

اضطراب ألعاب الإنترنت :

المعايير المقترحة :

الاستخدام المستمر والمتكرر للإنترنت للمشاركة في المباريات ، وغالباً مع لاعبين آخرين ، مما يؤدى إلى ضعف سريري هام ، أو ضائقة كما يتبين من خمسة (أو أكثر) من التالية في فترة ١٢ شهر : -

١. الانشغال بألعاب الإنترنت . (يفكر الفرد فى الألعاب السابقة، أو يتوقع اللعب في المباراة القادمة ؛ وقد يصبح اللعب على الإنترنت المهيمن على النشاط في الحياة اليومية) .

ملاحظة : يتميز هذا الاضطراب عن المقامرة عبر الإنترنت ، والتي يتم تضمينها في إطار اضطراب القمار .

٢. أعراض الانسحاب عندما يأخذ اللعب على الإنترنت / بالفرد بعيدا عن مهامه الحياتية الأخرى . (وعادة ما تكون هذه الأعراض ما توصف بالتهيج ، والقلق ، أو الحزن ، ولكن لا توجد علامات جسدية مثل الانسحاب الدوائي) .
٣. التسامح مع الحاجة إلى إنفاق كميات متزايدة من الوقت للتشارك في ألعاب الإنترنت .
٤. محاولات فاشلة للسيطرة على المشاركة في ألعاب الإنترنت .
٥. فقدان المصالح في الهوايات والترفيه السابق ، باستثناء ألعاب الإنترنت .
٦. مواصلة الاستخدام المفرط لألعاب الإنترنت على الرغم من معرفة المشاكل النفسية والاجتماعية .
٧. قد يتم خداع أفراد الأسرة ، والمعالجين ، أو غيرهم فيما يتعلق بكم ممارسته لألعاب الإنترنت .
٨. استخدام ألعاب الإنترنت للهروب أو تخفيف المزاج السلبي (على سبيل المثال ، مشاعر العجز ، الشعور بالذنب والقلق) .
٩. قد يتعرض للخطر أو فقد فرصة العلاقة الأسرية ، العمل ، أو المهام التعليمية أو المهنية الهامة بسبب المشاركة في ألعاب الإنترنت .

ملاحظة : يتم تضمين ألعاب الإنترنت فقط في هذا الاضطراب : استخدام الإنترنت للأنشطة المطلوبة في عمل أو مهنة لم يتم تضمينها ؛ أما الاضطراب المقصود هنا فلا يشمل استخدام الإنترنت الترفيهي أو الاجتماعي . وبالمثل ، استبعاد مواقع الإنترنت الجنسية .

تحديد شدة الحالي : اضطراب ألعاب الإنترنت يمكن أن تكون خفيفة / أو معتدلة / أو شديدة / تبعا لدرجة تعطل الأنشطة العادية . كما أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب أقل حدة مع اللعب على الإنترنت قد يحملوا أعراض أقل من تعطل حياتهم . أما مع اضطراب الإنترنت الشديد فسوف يمارسوا ساعات أكثر مع الألعاب ، التي يقضوها على الكمبيوتر مع فقدان أكثر شدة فى العلاقات الاجتماعية أو المهنية أو المدرسية .

ولا توجد فرعية مدروسة جيدا لاضطراب اللعب على الإنترنت حتى الآن : وغالباً ما تنطوى ألعاب الإنترنت على اضطراب ألعاب الإنترنت المحددة ، ومن المرجح أن تفضيل الألعاب التى سوف تختلف مع مرور الوقت / مع تطوير ألعاب جديدة وشعبية ، كما لم يتضح ما إذا كانت تلك السلوكيات تمثل نتيجة مرتبطة باضطراب اللعب على الإنترنت ، والتى تختلف وفقا لنوع اللعبة .

الميزات التشخيصية :

اضطراب الإنترنت غير مرتبط بمادة مقترحة حاليا ، ويدرج مع اضطراب المقامرة فى الدليل DSM-5 للاضطرابات ذات الصلة بالمخدرات ، أو الإدمان . ومع ذلك ، هناك غيره من الاضطرابات السلوكية التي تظهر بعض أوجه التشابه مع الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة واضطراب القمار ، كما يتم استخدام كلمة إدمان عادة في البيئات غير الطبية ، وشرط واحد - مضاف - مع ذلك هو اللعب القهري من ألعاب الإنترنت .

وقد ورد ذكر ألعاب الإنترنت بأنه " إدمان " من قبل الحكومة الصينية ، وأنشئ نظام معالجة ما وصل لدينا من تقارير من العلاج لهذا الشرط ، والتى ظهرت في المجلات الطبية ، ومعظمها من الدول الآسيوية وبعضها من الولايات المتحدة .

واستعرض فريق العمل فى دليل DSM-5 أكثر من ٢٤٠ من المقالات ، والتى وجدت بعض السلوكيات المتشابهة من اللعب على الإنترنت لاضطراب المقامرة ، والاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة .

ومع ذلك ، لا يوجد تعريف موحد يمكن من خلالها اشتقاق معدل انتشار بيانات هذا الاضطراب . حول فهم التاريخ الطبيعي من هذه الحالات ، مع أو من دون علاج . كما لم يتم وصف العديد من أوجه التشابه الأساس لمادة الإدمان ، بما في ذلك جوانب التسامح ، والانسحاب ، والمحاولات الفاشلة المتكررة لخفضه ، أو الإقلاع عنه ، والذى يترافق مع ضعف في الأداء الطبيعي للفرد . وعلاوة على ذلك ، فإن معدل الإنتشار الواسع على ما يبدو سواء في البلدان الآسيوية ، وإلى حد أقل في الغرب ، قد يبرر إدراج اضطراب الإنترنت في القسم الثالث من دليل DSM-5.

إضطراب ألعاب الإنترنت له أهمية كبيرة للصحة العامة ، ويتطلب الأمر إجراء بحوث إضافية قد تؤدي في نهاية المطاف إلى أدلة على خطر اضطراب اللعب على الإنترنت (كما يشار إلى أن اضطراب استخدام الإنترنت ، وإدمان الإنترنت ، أو إدمان الألعاب) لها ما يبررها باعتبارها اضطرابات مستقلة .

وكما هو الحال مع اضطراب المقامرة ، يجب أن تكون هناك دراسات وبائية لتحديد معدل الانتشار ، وبطبيعة الحال السريرية منها ، أما التأثير الجيني فهو يمكن قبوله ، مع العوامل البيولوجية المحتملة استنادا ، على سبيل المثال ، على بيانات تصوير الدماغ .

اضطراب ألعاب الإنترنت هو نمط من الإفراط المطول للعب على الإنترنت حيث تشير النتائج عبر مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية ، بما في ذلك الفقدان التدريجي للسيطرة على الذات / مع ممارسة أكثر تلك الألعاب ، ويحدث التسامح ، وأعراض الانسحاب ، بصورة مماثلة لأعراض جوهر استخدام الاضطرابات . كما هو الحال مع مادة الاضطرابات ذات الصلة ، لذا فإن الأفراد مع اللعب على الإنترنت المتواصل مع اضطراب الجلوس على الكمبيوتر والانخراط في أنشطة الألعاب على الرغم من إهمال كافة الأنشطة الأخرى .

وهم يكرسون عادة ٨-١٠ ساعات أو أكثر في اليوم الواحد لهذا النشاط وعلى الأقل٣٠ ساعة في الأسبوع / وإذا منعوا من استخدام جهاز كمبيوتر ومن ممارسة الألعاب ، فإنهم يصبحون أكثر اهتياجاً وغضباً . وهم غالباً ما يجلسون لفترات طويلة دون طعام أو نوم . ومن الطبيعي إهمال الواجبات ، مثل المدرسة أو العمل ، أو الالتزامات العائلية الأخرى ، وهذا الشرط هو فصل من اضطراب المقامرة الذى ينطوي على الإنترنت .

وسمة أساس من سمات اضطراب اللعب على الإنترنت هو المشاركة المستمرة والمتكررة في ألعاب الكمبيوتر ، وعادة مباريات المجموعة ، لعدة ساعات . تنطوي هذه الألعاب المنافسة بين مجموعات من اللاعبين (في كثير من الأحيان في مناطق عالمية مختلفة ، بحيث مدة اللعب يشجعها على استقلال المنطقة الزمنية) المشاركة في مجمع منظم الأنشطة التي تشمل جانبا كبيرا من التفاعلات الاجتماعية أثناء اللعب . الجوانب فريق

يبدو أن الدافع الرئيسي . محاولات لتوجيه الفرد نحو المدرسية أو الشخصية وقاوم بشدة الأنشطة الشخصية وبالتالي ، والأسرة ، والتى غالباً ما تهمل .

وعندما يطلب من الأفراد ، الأسباب الرئيسة التي قدمت لاستخدام الكمبيوتر ، والذى قد يرجع إلى "تجنب الملل" بدلا من التواصل أو البحث للحصول على معلومات مفيدة .

ويتم تكييف وصف المعايير ذات الصلة بهذا الشرط فى الدراسات التى أجريت في الصين ، وتم من خلالها تحديد المعايير المثلى لعتبة التشخيص التجريبي ، بحيث تعتبر تشخيصات مصادق عليها من خمسة أو أكثر من تسعة معايير معتمدة .

الميزات المرتبطة دعم التشخيص :

لم يتم تحديد أي أنواع شخصية متسقة المرتبطة اضطراب اللعب على الإنترنت . وصف بعض الكتاب التشخيصات المرتبطة بها ، مثل اضطرابات الاكتئاب ، واضطراب نقص أو فرط النشاط (ADHD) ، أو اضطراب الوسواس القهري (OCD) وقد أثبتت الأفراد مع الوسواس القهري بأن اللعب على الإنترنت ينشط مناطق محددة فى الدماغ الناجمة عن التعرض للعبة الإنترنت .

معدل الانتشار Prevalence :

معدل الانتشار اضطراب اللعب على الإنترنت غير واضح بسبب الاستبيانات المتفاوتة ، وبسبب المعايير والعتبات المستخدمة فى تشخيصه ، ولكن يبدو أنها أعلى في البلدان الآسيوية وفي الذكور المراهقين ١٢-٢٠ سنة من العمر . وهناك وفرة من التقارير الواردة من البلدان الآسيوية ، خاصة الصين وكوريا الجنوبية ، ولكن بنسب أقل من أوروبا وأمريكا الشمالية ، كما تختلف تقديرات معدل الانتشار اختلافا كبيرا فى معدل الانتشار لدى المراهقين (الذين تتراوح أعمارهم كان ١٥-١٩ سنة) في الدراسات الآسيوية باستخدام عتبة من خمسة معايير والتى أسفرت عن نسب ٨,٤ ٪ للذكور و٤,٥٪ للإناث .

الأخطار والعوامل المنذرة :

البيئية : توافر جهاز كمبيوتر مع اتصال الإنترنت يسمح بالوصول - غالباً - إلى أنواع من الألعاب التي تسبب اضطراب اللعب على الإنترنت .

الجينيـة والفـسيولوجية : يبـدو أن الـذكور المـراهقين هـم الأكثـر تعرضـا لخطـر تطـوير اضطراب ألعاب الإنترنت ، وكان قد تردد أن العوامل البيئيـة والخلفيـة الوراثيـة هي عامل خطر آخر ، ولكن هذا لا يزال ذلك غير واضح .

عواقب وظيفية من اضطراب ألعاب الإنترنت : قد يؤدي اضطراب ألعاب الإنترنت إلى الفشل الدراسي ، وفقدان الوظيفة ، أو فشل الزواج ، ويميـل سـلوك الألعـاب لمزاحمة الأنشطة الاجتماعية والمدرسية ، والأسرية العادية . وقـد يظهـر انخفـاض فى درجات الطلاب وفشل في نهاية المطاف في المدرسـة . ولـوحظ أن المـسؤوليات الأسرية قد تكون مُهملة .

التشخيص التفاضلي :

الاستخدام المفرط للإنترنت التي لا ينطوي ألعاب الإنترنت (على سبيل المثـال ، الاستخدام المفرط قد يكون عرضه لمواد إباحية على الإنترنت) ومماثلة ؛ ووسائل الاعلام الاجتماعية مثل الفيسبوك Facebook إلى اضطراب اللعب على الإنترنت ، والبحث في المستقبل عن الاستخدامات المفرطة الأخرى للإنترنت ، وهو ما يحتاج إلى اتبـاع مبـادئ توجيهية مماثلة كما اقترحتـها هـذه الوثيقـة . أمـا خطـر الإفـراط في لعـب القمـار علـى الإنترنت قد يؤهل الفرد للحصول على تشخيص اضطراب منفصل من المقامرة .

الاعتلال المشترك :

قد تُهمل الصحة بسبب تلك الألعاب القهرية : كما قد تترافق التشخيـصات مـع اضطراب اللعب على الإنترنـت ويـشمل اضـطرابات الاكتئـاب الكـبرى ، ADHD ، والوسواس القهري .

اضطراب السلوك العصبي المصاحب :

المعايير المقترحة :

أولاً : أكثر من الحـد الأدنى مـن التعـرض للكحـول أثنـاء الحمـل ، بمـا في ذلـك قبـل الحمل ، وبعد تأكيد الحمل / مما يحدثه الكحول على الأمهات والأجنة ، خاصـة فى فتـرة الحمـل ، والمؤيـد بالـسجلات الطبيـة أو غيرهـا ، مـن أشـكال المراقبـة السريرية .

ثانياً : ضعف عصبي يعمل كما يتجلى من خلال واحد أو أكثر من الإجراءات التالية :-

١. انخفاض في الأداء الفكري العالمي (أي الذكاء من ٧٠ أو أقل ، أو معيار النتيجة من ٧٠ أو أقل على تقييم تنموي شامل) .
٢. ضعف في أداء السلطة التنفيذية (على سبيل المثال ، سوء التخطيط والتنظيم؛ عدم المرونة : صعوبة مع التثبيط السلوكي) .
٣. ضعف في التعلم (مثل التحصيل الدراسي أقل من المتوقع الفكرية المستوى؛ إعاقة تعليمية محددة) .
٤. ضعف الذاكرة (على سبيل المثال ، مشاكل تذكر المعلومات ؛ ارتكاب نفس الأخطاء مرارا وتكرارا ؛ صعوبة في تذكر تعليمات شفهية مطولة) .
٥. ضعف في التفكير البصري والمكاني (على سبيل المثال ، رسومات غير منظمة أو سؤء التخطيط ، مع مشاكل فى التمييز البصرى) .

ثالثاً : ضعاف التنظيم الذاتي كما يتجلى من خلال واحد أو أكثر من الإجراءات التالية:-

١.انخفاض في المزاج أو اللائحة السلوكية (على سبيل المثال ، توتر المزاج؛ تأثير سلبي أو التهيج ؛ نوبات سلوكية متكررة) .
٢. نقص الانتباه (على سبيل المثال ، صعوبة تحويل الانتباه ، وصعوبة المحافظة على الجهد العقلي) .
٣. ضعف في السيطرة على الانفعالات (على سبيل المثال ، صعوبة الانتظار فى طابور وانتظار دوره ، صعوبة الامتثال مع القواعد) .

رابعاً : هبوط في الأداء على التكيف كما يتجلى من قبل اثنين أو أكثر من الإجراءات التالية ، واحدة من الذي يجب أن يكون (١) أو (٢) من النقاط التالية : -

١. عجز الاتصالات (على سبيل المثال ، تأخر اللغة وصعوبة التفاهم باللغة المحكية) .
٢. ضعف في التواصل والتفاعل (على سبيل المثال ، ود مفرط مع الغرباء ؛ صعوبة في قراءة الاشارات الاجتماعية ؛ صعوبة في فهم العواقب الاجتماعية) .

٣. ضعف في المهارات الحياتية اليومية (على سبيل المثال ، تأخر عن المرحاض ، سوء التغذية ، أو الاستحمام؛ صعوبة إدارة الجدول اليومي) .

٤. ضعف في المهارات الحركية (على سبيل المثال ، ضعف التنمية الحركية الدقيقة ؛ تأخر التحصيل ، أو العجز المستمر في إجمالي الوظائف الحركية ؛ العجز في التنسيق والتوازن) .

خامساً : بداية الاضطراب (يتضح فى أعراض المعايير الثانية والثالثة والرابعة) والذى يحدث في مرحلة الطفولة . كما يسبب الاضطراب ضائقة سريرية مهمة ، أو ضعف في المهام الاجتماعية والأكاديمية ، والمجالات المهنية الهامة ، أو غيرها من أشكال الأداء .

سادساً : لا يفسر هذا الاضطراب بشكل أفضل من خلال الآثار الفسيولوجية المباشرة المرتبطة بإستخدام ما بعد الولادة لمادة (مثل الدواء والكحول أو غيرها من المخدرات) ، أو هو نتيجة حالة طبية (على سبيل المثال ، إصابات الدماغ ، والهذيان والخرف) ، أو تشوه آخر معروف (على سبيل المثال ، متلازمة هيدانتوين الجنين) ، وهي حالة وراثية (مثل متلازمة وليامز ، متلازمة داون ، متلازمة كورنيليا دي لانج) ، الناتجة عن الإهمال البيئي .

ويؤدى الكحول إلى تشوه السلوك العصبي ، كما أن التعرض للكحول قبل الولادة لديه آثار ماسخة للجهاز العصبي المركزي (CNS) كما يؤثر على النمو اللاحق .

ويرتبط السلوك العصبي بالتعرض للكحول قبل الولادة (ND-PAE) وهو مصطلح جديد يشمل مجموعة كاملة من العاهات الخلقية المرتبطة بالتعرض للكحول في الرحم . وتسمح المبادئ التوجيهية التشخيصية الحالية ND-PAE بأن يتم التشخيص سواء في غياب أو بحضور الآثار المادية من التعرض للكحول قبل الولادة (على سبيل المثال ، متلازمة الوجه العابس dysmorphology ، والتى تم تشخيصها مع متلازمة الكحول الجنينية) .

الميزات التشخيصية :

الميزات الأساس للـ **ND- PAE** هي مظهر من مظاهر الضعف العصبي ، للأداء السلوكي ، والتكيف المرتبط بالتعرض للكحول قبل الولادة . ويمكن توثيقها على أساس التقييمات التشخيصية السابقة (على سبيل المثال ، تقييم العوامل النفسية أو التعليمية) أو السجلات الطبية ، أو من قبل تقارير الفرد الذاتية ، أو من خلال الفحص الطبي .

التشخيص السريري من متلازمة الكحول الجنينية ، بما في ذلك alcoholrelated ما يحدث قبل الولادة وبصورة محددة مع متلازمة عبوس الوجه dysmorphology وتأخر النمو ، والتي يمكن استخدامها كدليل كبير على خطورة التعرض لمستويات الكحول قبل الولادة ، والتي تؤثر بشكل كبير على النتيجة النمائية العصبية للفرد .

وتشير البيانات التي يعود تاريخها لأكثر من الحد الأدنى من بداية الحمل ، ويتم تعريف الحالة فى ضوء عدد مرات تناول الكحول ، والذى يتراوح ما بين (١-١٣ المشروبات شهرياً) خلال فترة الحمل مع عدم وجود أكثر من مرتين من هذه المشروبات المستهلكة في أي مناسبة للشرب . أو مع تحديد عتبة الحد الأدنى للشرب أثناء الحمل ، والتى تتطلب النظر في مجموعة متنوعة من العوامل المعروفة بتأثيرها على التأثير في النتائج التنموية ، بما في ذلك مرحلة ما قبل الولادة ، كما يؤثر التدخين أثناء الحمل على صحة الأم والجنين ، والحالة المادية للأمهات (أي السن ، والصحة ، وبعض مشاكل التوليد) .

وتشمل الأعراض ND-PAE الضعف الملحوظ في الأداء الفكري العالمي (IQ) أو الضعف العصبي في أي من المجالات التالية : الأداء التنفيذي ، التعلم ، والذاكرة ، والمنطق البصري المكاني ، وضعف في التنظيم الذاتي ، الذى يمكن أن يشمل انخفاض في المزاج أو اللائحة السلوكية ، ونقص الانتباه ، أو ضعف في السيطرة على الانفعالات . وأخيرا ، ضعف في الأداء على التكيف والذى يشمل عجز الاتصالات وضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعى ، وضعف في الحياة اليومية (المساعدة الذاتية) كما قد يتواجد ضعف في المهارات الحركية ، ومن الصعب الحصول على تقييم دقيق للقدرات

العصبية للأطفال الصغار جدا ، ومن المناسب أن يترك تشخيص للأطفال من سن ثلاث سنوات من العمر ، أو الأصغر سنا .

الميزات المرتبطة دعم التشخيص :

الميزات المرتبطة تختلف تبعاً للعمر ودرجة التعرض للكحول . ويمكن تشخيص الفرد مع هذا الاضطراب بغض النظر عن العوامل الاجتماعية والاقتصادية أو الخلفية الثقافية .

وغالباً ما تترافق مع اضطراب إساءة استخدام الكحول أو المخدرات ، أو المرض العقلي للوالدين ، والتعرض للعنف المنزلي أو المجتمعي أو الإهمال أو سوء المعاملة ، والتي تعطل علاقات الرعاية الأسرية المتعددة المواضع ، مثل الخروج من المنزل ، وعدم الاستمرار في مجال الرعاية الصحية الطبية أو العقلية .

معدل الانتشار Prevalence :

معدلات الانتشار ND-PAE غير معروفة / إلا أن معدلات الانتشار السريرية - المقدرة - التي ترتبط بالتعرض للكحول قبل الولادة هي ٢-٥ ٪ في الولايات المتحدة .

دورة النمو :

بين الأفراد مع التعرض للكحول قبل الولادة ، تمثل دليلاً على ضعف الجهاز العصبي المركزي ، والذي يختلف وفقا لمرحلة النمو . وعلى الرغم من أن حوالي نصف الأطفال الصغار قبل الولادة يتعرضوا للكحول / إلا أن علاماته تظهر فى وقت متأخر من النمو (في السنوات الثلاث الأولى) من الحياة ، وقد يتأثر الأطفال الآخرين بالتعرض للكحول قبل الولادة ، والتي قد لا تظهر علامات ضعف الجهاز العصبي المركزي حتى مرحلة ما قبل المدرسة أو في سن المدرسة .

وبالإضافة إلى ذلك ، فإن ضعف عمليات النظام المعرفي تظهر فى (الأداء التنفيذي) ، والتي غالباً ما ترتبط مع التعرض للكحول قبل الولادة ، ويمكن تقييم بسهولة في الأطفال الأكبر سنا ، أو عند وصول الأطفال إلى سن المدرسة ، والتي ترتبط بصعوبات في التعلم ، وضعف في الوظيفة التنفيذية ، ومشاكل مع اللغة التكاملية ، والتي عادة ما تظهر بشكل أكثر وضوحا ، مع عجز المهارات الاجتماعية وسلوك التحدي والذي قد يصبح أكثر وضوحاً .

خطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) هو نتيجة للمخاطر العالية ، مع معدلات زيادة كبيرة في أواخر فترة المراهقة والبلوغ المبكر كعواقب وظيفية من اضطراب السلوك العصبي المرتبط مع الكحول قبل الولادة التعرض الخلل العصبي المركزي ، والذى ينظر في الأشخاص الذين يعانون من السلوك غير التكيفى مع عدم القادرة على التأقلم مع العواقب مدى الحياة .

أما الأفراد الذين قد يتأثروا بالتعرض للكحول قبل الولادة فلديهم أعلى معدل من انتشار التجارب المدرسية المعطلة ، أو مشاكل مع القانون ، والحبس (القانونية / أو النفسية) .

التشخيص التفاضلي :

يمكن أن تُعزى الاضطرابات إلى التأثيرات الفسيولوجية المرتبطة باستخدام مادة ما بعد الولادة ، أو من حالة طبية أخرى ، أو نتيجة للإهمال البيئي .

وهناك اعتبارات أخرى تشمل الآثار الفسيولوجية لتعاطي المخدرات بعد الولادة ، نتيجة استخدام الدواء ، الكحول ، أو مواد أخرى ؛ أو اضطرابات بسبب حالة طبية أخرى ، مثل صدمة إصابات الدماغ أو الاضطرابات العصبية الأخرى (على سبيل المثال ، هذيان ، واضطراب عصبي رئيس [الخرف]) ، أو بسبب الإهمال البيئي .

الأمراض الوراثية : الأمراض الوراثية مثل متلازمة وليامز [1] ، ومتلازمة داون ، أو متلازمة كورنيليا دي لانج وظروف أخرى مثل ماسخة بيلة الفينيل كيتون الجنين ،

---

(١) متلازمة ويليام (Williams syndrome) اضطراب نادر يصيب الأجهزة المسؤولة عن النمو العصبي، يتميز بتغيرات في شكل الوجه مثل انخفاض جسر الأنف ، وتصاحب الحالة سلوك نفسي غير عادي مثل الفرح الدائم وتقبل الجميع عند المصاب ؛ إلى جانب تأخر في النمو ، ومشاكل القلب والأوعية الدموية، مثل تضيق الأبهر. اكتشف هذه البلازمة الطبيب النيوزلاندي وليام (JCP) مع عدد من زملائه، في عام ١٩٦١ ،ومن هنا جاءت تسمية المرض. وأول ما كشفت عند أربعة أطفال ليس بينهم أي صلة قرابة وكانوا يشكون من سحنة خاصة أي ملامح وجه مميزة وتأخر عقلي وتضيق في منطقة ما فوق الدسام الأبهري للقلب وبعض الحالات ترافقت مع ارتفاع في كلس الدم.

ومتلازمة هيدانتوين . وهناك حاجة إلى مراجعة دقيقة من تاريخ التعرض للكحول قبل الولادة لتحاشى تشوه الأجنة ، وتقييمه من قبل في علم الوراثة السريرية قد تكون هناك حاجة لتمييز الخصائص الفيزيائية المرتبطة بهذه الأمراض الوراثية وغيرها .

الاعتلال المشترك :

تم تحديد مشاكل الصحة العقلية في أكثر من ٩٠ ٪ من الأفراد من ذوي - سابقة - التعرض للكحول قبل الولادة . أما الأكثر شيوعاً من التشخيص المشترك فقد يحدث من خلال اضطراب نقص الانتباه ، وقد أظهرت الأبحاث أن الأشخاص قد يختلفوا في الخصائص النفسية العصبية وفى درجة استجابتهم للتدخلات الدوائية . وتشمل احتمال ارتفاع اضطرابات أخرى تحدث بالمشاركة مع خلل تحدى المعارضة ، واضطراب السلوك ، وتتوقف مدى ملاءمة هذه التشخيصات لما يجب أن يكون وزنه في سياق ضعف فكري كبير في عموم الوظائف التنفيذية التي غالباً ما ترتبط مع التعرض للكحول قبل الولادة ، بما في ذلك أعراض الاضطراب الثنائي القطب واضطرابات الاكتئاب . كما يرتبط تاريخ التعرض للكحول قبل الولادة مع زيادة خطر التدخين في وقت لاحق مع تعاطى الكحول ، ومع الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مادة أخرى .

اضطراب السلوك الانتحارى (إزهاق النفس المحرم شرعاً) :

معايير المقترحة :

أولاً : في غضون الأشهر ال ٢٤ الماضية ، مع محاولة (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

ملاحظة : محاولة الانتحار هو تسلسل ذاتي من السلوكيات من قبل فرد معين ، ومن المتوقع فى وقت الشروع أن تتم مجموعة من الإجراءات التى من شأنها أن تؤدي إلى الموت .

ثانياً : الفعل لا يلبي معايير إصابة الذات Nonsuicidal وهذا يعني أنه لا ينطوي اصابة الذات الموجهة إلى سطح الجسم المبذول للحث على الإغاثة من سلبية الشعور المعرفي أو لتحقيق حالة مزاجية إيجابية .

ثالثا : التشخيص إلى التفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) أو إلى الأفعال التحضيرية .

رابعاً : لم يشرع الفعل أثناء حالة من الهذيان أو الارتباك .

خامساً : الفعل فقط لهدف اجتماعى معين .

تحديد ما إذا : -

الحالي : لا يزيد عن ١٢ شهراً منذ آخر محاولة .

في مغفرة (تعافى) مبكر : ١٢-٢٤ أشهر منذ آخر محاولة .

المحددات :

وغالباً ما يصنف سلوك (إزهاق النفس المحرم شرعاً) بالعنف في الأسلوب . عموما ، فإن تعاطي جرعات زائدة مع مواد قانونية أو غير قانونية / وغير العنيفة في الأسلوب ، وقد تتحول إلى أعيرة نارية ، وغيرها من الأساليب العنيفة .

ويصف آخر تصنيف العواقب الطبية الناتجة عن هذا السلوك ، بمحاولات الفتك العالية ، والتي تتطلب العلاج في المستشفيات الطبية وزيارة لقسم الطوارئ .

ويتضمن بعدا إضافيا فى درجة من التخطيط / مقابل اندفاع مع المحاولة ، وهي السمة التي قد يكون لها عواقب طبية نتيجة محاولة إيذاء الذات .

إذا وقع سلوك إيذاء الذات المتعمد (إزهاق النفس المحرم شرعاً) قبل ١٢-٢٤ شهراً من التقييم ، فإن التشخيص هو الشرط بأن تعتبر في مغفرة (تعافى) في وقت مبكر . ويبقى الأفراد عرضة لمزيد من محاولات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والموت في خلال ٢٤ شهراً بعد تلك المحاولة .

الميزات التشخيصية :

المظهر الأساس من اضطراب سلوك (إزهاق النفس المحرم شرعاً) هو السلوك الذي يقوم به الفرد مع بعض من نية الموت . وقد / أو قد لا يؤدي إلى الإصابة أو إلى عواقب صحية خطيرة .

كما توجد عدة عوامل يمكن أن تؤثر على الآثار الطبية من محاولة انتحار ، بما في ذلك سوء التخطيط ، نقص في المعرفة حول الفتك بالطريقة المختارة ، وانخفاض أو التعمد ، أو مع تدخل من قبل الآخرين ، وهؤلاء لا ينبغي النظر إليهم عند تحديد التشخيص .

تحديد مدى القصد قد يشكل تحدياً . قد لا يعترف الأفراد بنواياهم ، وخاصة في الحالات التي يكون يتم فيها القيام بذلك ، والذى يمكن أن يؤدي إلى دخول المستشفى . وتتضمن علامات الخطر درجة من التخطيط ، بما في ذلك اختيار الزمان

والمكان لتقليل عملية الإنقاذ أو انقطاعه ؛ وتتميز الحالة النفسية للفرد في ذلك الوقت مع السلوك ، بالانفعالات الحادة ؛ وأكدت فحوصات رعاية المرضى الداخليين ، أو التوقف الأخير لاستقرار المزاج مثل أدوية الليثيوم أو مضادات الذهان مثل كلوزابين في حالة الفصام .

أمثلة من المسببات البيئية : وتشمل التشخيص الطبي لمرض قاتل مثل السرطان ، والذى يعاني معه الفرد من خسارة مفاجئة وغير متوقعة من الأقارب أو الزوج ، أو فقدان فرص العمل ، أو التشريد من السكن . وعلى العكس ، فإن مثل التحدث إلى الآخرين عن الأحلام المستقبلية أو الاستعداد لتوقيع عقد عمل ، وغيره هي مؤشرات أقل موثوقية تُبعد الفرد عن احتمال الشروع فى إيذاء النفس المتعمد .

ومن أجل تحقيق المعايير الواجب توافرها ، يشترط مرور الفرد بمحاولة واحدة لإزهاق النفس المتعمد على الأقل . ويمكن أن تشمل محاولات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) في السلوكيات التي تظهر بعد الشروع في محاولة انتحار ، كما أن الفرد يغير رأيه (له / أو لها) بمجرد تدخل أي شخص .

على سبيل المثال : الفرد قد تنوي استيعاب كمية معينة من الأدوية أو السم ، ولكن لو تم وقفه من جانب آخر قبل تناول كامل الكمية ، وابتعد الفرد إلى طريق آخر غير رأيه قبل الشروع في هذا السلوك ، هنا لا ينبغي أن يتم التشخيص .

ويجب أن يلي الفعل معايير Nonsuicidal إصابة الذات وهذا يعني أنه لا ينبغي أن يشمل المحاولات المتكررة (خمس مرات على الأقل في غضون الأشهر الـ ١٢ الماضية) أما الحلقات المضرة بالنفس المتخذة للحث على التخفيف من المشاعر السلبية ، أو لتحقيق حالة مزاجية إيجابية . فلا ينبغي أن يشرع فى العمل أثناء حالة من الهذيان أو الارتباك . أو إذا أصبح الفرد أصبح مخمورا عمدا قبل الشروع في هذا السلوك ، للحد من القلق الاستباقي والتقليل من تدخل الآخرين في هذا السلوك الانتحارى فينبغي هنا أن يتم التشخيص .

دورة النمو :

يمكن أن يحدث سلوك (إزهاق النفس المحرم شرعاً) في أي وقت في عمر الفـرد ، ولكن نادرا ما يشاهد في الأطفال دون سن الخمس سنوات . أما مع الأطفـال سـابقى البلوغ ، فغالباً ما يكون السلوك (على سبيل المثال ، يجلس على الحافة) مثلاً .

وما يقرب من ٢٥ -٣٠ ٪ من الأشخاص الذين يحاولون (إزهاق الـنفس المحـرم شرعاً) على مـستوى العـالم يمـضون قـدما لبـذل المزيـد ، وذلـك مـن حيـث التـردد ، والأسلوب ، ومحاولات الفتك . ومع ذلك ، فإن هذا لا يختلف كـثيراً عمـا لـوحظ في أمراض أخرى ، مثل الاضطراب الاكتئابي ، كنوع فرعي من حلقة الاكتئاب ، والـذى يمكن أن يتفاوت تفاوتاً كبيراً .

القضايا المتصلة بتشخيص الثقافة يختلف مع سلوك (إزهاق النفس المحـرم شـرعاً) وذلك بوتيرة وشكل مختلف عبر الثقافات . وهذه الاختلافات الثقافية قـد تكـون نتيجـة لتوافر طريقة (على سبيل المثال ، التسمم بالمبيدات في البلدان الناميـة ؛ بـأعيرة ناريـة في جنوب غرب الولايات المتحدة) أو وجود متلازمات محددة ثقافيا (علـى سـبيل المثـال ، ما يحدث في بعض المجموعات اللاتينية فى القيام بسلوكيات خاصة بهـم تـشبه محـاولات الانتحار .

التشخيص :

الشذوذ المختبري يترتب على محاولة (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والذى غالباً ما يكون واضحاً ، وهذا السلوك الانتحاري قد يؤدي إلى فقدان الدم يمكن أن يترتب عليه فقر دم ، وانخفاض فى ضغط الدم ، أو الصدمة ، كما أن تعـاطي جرعـات زائـدة قـد يؤدي إلى غيبوبة أو تبليد الإحساس والـشذوذ المختـبري المـرتبط بـالاختلالات المنحلـة بالكهرباء .

أمـا العواقـب الوظيفيـة مـن اضـطراب سـلوك (إزهـاق الـنفس المحـرم شـرعاً) والظروف الطبية المصاحبة له (على سبيل المثال ، الكسور أو صدمة الهيكـل العظمـي ، وعدم استقرار القلب ، واستنشاق من القيء والاختناق ، والكبد ، المترتب مـن عـدم استخدام الباراسيتامول) .

الاعتلال المشترك :

يعتبر سلوك (إزهاق النفس المحرم شرعاً) في سياق مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية ، والأكثر شيوعاً هو اضطراب القطبين ، والاضطراب الاكتئابي ، والفصام ، والاضطراب الفصامي العاطفي ، واضطرابات القلق (على وجه الخصوص ، اضطرابات الهلع المرتبط بالمحتويات الكارثية واضطراب ما بعد الصدمة ، وذكريات الماضي) ، واضطرابات تعاطي المخدرات (وخاصة اضطرابات استخدام الكحول) ، واضطراب الشخصية الحدية ، والاضطراب المعادي للمجتمع والشخصية ، واضطرابات الأكل ، واضطرابات التكيف ، ونادراً ما يظهر الأفراد وجود أمراض كامنة ، ما لم يتم الاضطلاع بذلك نتيجة حالة طبية مؤلمة بقصد لفت الانتباه ، وهو ما يتم معه استبعاد هذا التشخيص .

المعايير المقترحة :

أولاً : أن يشارك الفرد في خمسة أيام أو أكثر من العام الماضي ، وبصورة متعمدة فى إلحاق الضرر بنفسه ، أو مع الأضرار التي لحقت بسطح جسده من نوع المحتمل للحث على النزيف ، أو كدمات ، أو ألم (على سبيل المثال ، وقطع شريان ، Buming ، أو طعن ، أو ضرب مفرط) ، مع توقع أنها سوف تؤدي لإلحاق إصابة ، أو ضرر بدني طفيف أو معتدل (أي ليس هناك نية للانتحار) .

ملاحظة : لقد تم ذكر إما لعدم وجود النية في الانتحار من قبل الفرد / أو يمكن أن يستدل به من خلال إشراك الفرد في تكرار هذا السلوك (بدون علمه ، أو بعلمه) أنه من غير المرجح أن يؤدي إلى الوفاة .

ثانياً : يشارك الفرد في السلوك المضر بالنفس مع واحد أو أكثر من الإجراءات التالية (التوقعات) : -

١. الحصول على الإغاثة من الشعور السلبي أو المعرفي .
٢. صعوبة التوصل لحل فى التعامل مع الآخرين .
٣. إحداث حالة من الشعور الإيجابي .

ملاحظة : مع ذوي الخبرة والإغاثة أو الاستجابة المطلوبة أثناء أو بعد فترة وجيزة من تعرض الفرد لأنماط السلوك ، مما يدل على أن الاعتماد على الانخراط فيه بشكل متكرر .

ثالثاً : ويرتبط إيذاء الذات المتعمد مع واحد على الأقل من العناصر التالية : -

١. الصعوبات الشخصية أو المشاعر السلبية أو الأفكار ، مثل الاكتئاب ، والقلق ، التوتر والغضب والضيق المعمم ، أو النقد الذاتي ، والتي تحدث في الفترة مباشرة قبل الفعل المضر بالنفس .
٢. قبل الانخراط في الفعل ، وهي فترة الانشغال بالسلوك المقصود يصعب السيطرة عليها .
٣. التفكير في إصابة الذات الذي يحدث في كثير من الأحيان ، حتى عندما لا يتم البت فيه .

رابعاً : لا يتم معاقبة السلوك اجتماعيا (مثل ثقب الجسم ، والوشم ، وهي جزء من الطقوس الثقافية) وليس حكرا على التقاط جرب ، أو قضم الأظافر .

خامساً : السلوك أو نتائجه يسبب الضيق السريرى الهام أو التدخل في المجالات الهامة الشخصية والأكاديمية ، أو غيرها من الأداء .

ولا يحدث السلوك حصرا أثناء نوبات ذهانية ، والهذيان ، ومادة التسمم أو الانسحاب من الجوهر ، ولا في الأشخاص الذين يعانون من اضطراب العصبية النمائية ، ولا يمثل السلوك جزءا من النمطية المتكررة .

ولا يفسر السلوك بشكل أفضل من خلال اضطراب عقلي آخر أو حالة طبية (على سبيل المثال ، اضطراب ذهاني ، اضطراب طيف التوحد ، والإعاقة الفكرية ، ومتلازمة ليش نيهان ، ولا مع اضطراب نمطية الحركة مع إيذاء النفس ، أو نتف الشعر [اضطراب نتف الشعر] ، أو مع اضطراب سحجة [قطف الجلد]) .

الميزات التشخيصية :

السمة الأساس من سمات ما دون (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، هى إيذاء النفس بأن يلحق الفرد بنفسه - مرارا وتكرارا - إصابات مؤلمة على سطح جسده ،

وهى الأكثر شيوعاً ، والغرض منها هو الحد من المشاعر السلبية ، مثل التوتر والقلق واللوم الذاتي ، أو لحل صعوبة التعامل مع الآخرين .

وفي بعض الحالات ، يتم تصور إصابة باعتباره بمثابة العقاب الذاتي له ، وفي كثير من الأحيان سوف يضطر الفرد إلى الإبلاغ عن الإحساس الفوري لطلب الإغاثة التي تحدث خلال هذه العملية . وذلك عندما يحدث السلوك بشكل متكرر ، والذى قد يترافق مع شعور بالإلحاح والشغف ، والنمط السلوكي الناتج عما يشبه الإدمان .

يمكن للجروح أن تلحق ضرراً أعمق وأكثر عددا ، وغالباً ما يتعرض للإصابة بسكين ، أو إبرة ، أو موس الحلاقة ، أو كائنات أخرى . وتشمل المجالات للإصابة في المنطقة الأمامية من الفخذين والجانب الظهري من الساعد ، وقد تنطوي على جلسة واحدة عبر سلسلة من الإصابات السطحية المفصولة أو الموازية من قبل ١ أو ٢ سم على الموقع المرئية الذى يمكن الوصول إليه ، وغالباً ما ينزف وسيغادر في نهاية المطاف ، مع وجود نمط من سمات الندوب .

وتشمل الأساليب الأخرى المستخدمة طعن منطقة معينة ، في معظم الأحيان يتم ذلك فى الجزء العلوي من الذراع ، مع إبرة حادة ، وسكين حاد ؛ أو إلحاق ضرر سطحي مع نهاية سيجارة مشتعلة ، أو حرق الجلد عن طريق الفرك المتكرر ، المشاركة في غير إيذاء الذات (إزهاق النفس المحرم شرعاً) فيرتبط مع أساليب أكثر شدة من الاضطراب النفسي ، بما في ذلك المشاركة في محاولات الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

الغالبية العظمى من الأفراد الذين ينخرطون في غير إيذاء النفس ، ولا يسعى إلى الاهتمام السريري . ومن غير المعروف ما إذا كان هذا التردد يعكس الانخراط في الفوضى ، لأنه ينظر إليه عبر تقارير دقيقة من ذوي الخبرة فى السلوكيات الإيجابية تجاه الفرد المستهدف والذي يدفع لتلقي العلاج . كما قد يواجه الأطفال الصغار تجربة مع هذه السلوكيات ولكن لا تصدر عنهم استغاثة . وفي مثل هذه الحالات ، غالباً ما يفيد الشباب بأن هذا الإجراء مؤلم أو محزن ومن ثم قد يتوقفوا عن هذه الممارسة .

دورة النمو :

في معظم الأحيان يبدأ غير إيذاء النفس بإصابة الذات في سنوات المراهقة المبكرة ، والتي يمكن أن تستمر لعدة سنوات . دخول المستشفى لغير الانتحار ، أو نتيجة إصابة الذات فتصل إلى ذروتها في (سن ٢٠-٢٩) سنة من سن ثم تنخفض . ومع ذلك ، أشارت البحوث التي درست العمرAge عند دخول المستشفى بعدم تقديم معلومات عن السن عند بداية هذا السلوك ، وهناك حاجة إلى بحوث مستقبلية للخطوط العريضة للتاريخ الطبيعي بدون إيذاء النفس والعوامل التي تشجع أو تثبط مجراه . الأفراد في كثير من الأحيان leam من السلوك بناء على توصية أو الملاحظة من آخر . وقد أظهرت الأبحاث أنه عندما الفرد الذي يشارك بدون إيذاء النفس إلا أنهم اعترفوا بالإصابة الذاتية للمرضى الداخليين (المنومين بالمستشفى) ، وقد يبدأ الأفراد الآخرين فى الانخراط في هذا السلوك .

الأخطار العوامل المنذرة :

معدلات الانتشار بين الذكور والإناث من غير الانتحار ، هي أقرب إلى بعضها البعض مما كانت عليه في اضطراب سلوك الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، والذي تصل نسبته فى الإناث إلى الذكور حوالي ٣ : ٠١ أو ٤ : ٠١ ، وتجمع نظريتين عن الاضطراب النفسي على أساس النظرية السلوكية الوظيفية لتحليلات تمت على أساس نظرية التعلم ، ، حيث قد ينجم عن التعزيز الإيجابي معاقبة نفسه بطريقة شعور الفرد بأنه يستحق هذا السلوك الأمر الذي يؤدى إلى حالة ممتعة ومريحة أو توليد الاهتمام والمساعدة ، أو تعبيرا عن الغضب سلبي النتائج ، مع تعزيزات تؤثر على التنظيم والحد من المشاعر غير السارة أو تجنب الأفكار المؤلمة ، بما في ذلك التفكير في (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

أما النظرية الثانية ، فتعتقد بأن إيذاء الذات بغير الانتحار، قد يكون شكلا من أشكال العقاب الذاتي ، الذي قد يتصل ببعض الإجراءات العقابية للنفس ، وقد يشارك في تعويض الأفعال التي تسبب الضيق أو الأذى للآخرين . أما العواقب الوظيفية من غير إيذاء الذات فقد يمكن القيام به مع الأدوات المشتركة ، مع إمكانية انتقال الأمراض التي تنتقل عن طريق الدم .

التشخيص التفاضلي :

اضطراب الشخصية الحدية : يشير إيذاء النفس بأنه " عراض من " اضطراب الشخصية الحدية ، وعلى الرغم من وجود التقييمات السريرية لدى معظم الأفراد مع إيذاء الذات ، بأن لديهم الأعراض التي تلي أيضاً معايير لتشخيص اضطرابات أخرى مع اضطرابات الأكل المشتركة ، وترتبط كل من هذه الظروف مع العديد من التشخيصات الأخرى .

وعلى الرغم من أن كثيراً ما ترتبط باضطراب الشخصية الحدية إلا أنه لم يتم العثور عليها دائما في الأشخاص الذين يعانون من إيذاء الذات . والتي تختلف في شرطين من عدة طرق ، حيث تبين أن الأفراد الذين يعانون من اضطراب الشخصية الحدية المضطربة في كثير من الأحيان يظهرون السلوكيات العدوانية والعدائية ، في حين أن إيذاء النفس هو في كثير من الأحيان ما يرتبط بمراحل من التقارب والسلوكيات التعاونية ، والعلاقات الإيجابية ، كما أن هناك اختلافات في إشراك الاختلاف العصبي ، والذى قد لا يتضح إلأ من خلال الفحص السريري .

اضطراب سلوك الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) : يوجد تمايز بين الانتحار ، وبين إيذاء النفس ، ويستند اضطراب السلوك إما على الهدف المعلن من السلوك كونه رغبة في الموت (اضطراب سلوك) ، أو في إيذاء النفس ، كما لوحظ أن تجربة الإغاثة الموضحة في المعايير المحددة تبعا للظروف .

كما أبلغت العديد من الدراسات عن معدلات عالية من إعلان نوايا كاذبة صادرة من الأفراد ، مع تاريخ من الإصابة المتكررة لإيذاء الذات، والتى قد تكون مؤلمة ، في المدى القصير ، إلا أنها حميدة إلى حد كبير .

ويمكن أن يسهم التاريخ الماضي من سلوك الفرد الحصول على معلومات من طرف ثالث بشأن التغييرات الأخير / مثل التعرض للتوتر والمزاج المتقلب ، والذى قد يرتبط باحتمال نوايا (إزهاق النفس المحرم شرعاً) مع استخدام الأساليب السابقة المتعددة من إيذاء النفس .

في دراسة متابعة حالات " إيذاء النفس" في الذكور من عدة مراكز متعددة ، بأن الأفراد مع إيذاء الذات بأن الذين يدخلون إلى مراكز الطوارئ - مثلاً - في المملكة المتحدة بشكل ملحوظ / هم أكثر عرضة للانتحار من الأفراد في سن المراهقة .

كما بحثت الدراسات العلاقة بين إيذاء النفس واضطراب سلوك الانتحار ، والتى تجري بأثر رجعي بالحصول على التحقق أثناء "المحاولات" السابقة " وهناك نسبة كبيرة من هؤلاء الذين يمارسون إيذاء النفس استجابت عندما سؤالهم عما إذا كانت (من أي وقت مضى (قد شاركوا في القطع الذاتي) أو بوسائلهم المفضلة لإصابة الذات مع وجود نية للموت . فمن المعقول أن نستنتج أن إيذاء النفس ، لا يشكل نسب عالية من خطر الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) .

ويدعم هذا الاستنتاج أيضاً من خلال دراسة متعددة المواقع عن المراهقين الذين لديهم اكتئاب ، وفشلوا سابقا فى العلاج بالأدوية المضادة للاكتئاب ، والذي يشير إلى أن تلك الأدوية قد تؤثر على سلوك إيذاء النفس ، ولا تستجيب للعلاج المعرفي السلوكي ، كما أسفرت دراسة أخرى بأن بإيذاء الذات هو مؤشر لتعاطي المخدرات أو سوء الاستخدام الأدوية والعقاقير .

نتف الشعر (اضطراب نتف الشعر) :

نتف الشعر هو السلوك الضار المحدد ، حيث أن سحب شعرة واحدة خاصة ، والأكثر شيوعاً منه يتم من فروة الرأس والحاجبين ، أو الرموش . ويحدث السلوك في "الجلسات" التي يمكن أن تستمر لساعات، أما الأكثر احتمالا بأن يحدث خلال فترة من الاسترخاء أو الإلهاء .

نمطية إيذاء الذات : نمطية إصابة الذات ، والذى يمكن أن يشمل ضجيجا فى الرأس ، أو ضرب الذات ، وعادة ما يرتبط مع التركيز الشديد ، أو في ظل ظروف قد تترافق من انخفاض مؤثر خارجي ، أو مع تأخر في النمو .

اضطراب سحجة (قطف الجلد) : يحدث اضطراب سحجة بشكل رئيس في الإناث ، وعادة ما يحدث توجه للالتقاط في منطقة من الجلد التي يشعر الفرد بأنها قبيحة أو بها عيب ، وعادة ما تكون على الوجه أو فروة الرأس ، كما هو الحال في إيذاء النفس ، وغالباً ما يسبقه القطف الرغبة الممتعة ، وعلى الرغم من أن الفرد يدرك (أنه / أو أنها) يضر بنفسه ولا يرتبط ذلك مع استخدام أي تطبيق .

أبرز التغييرات بين الدليل التشخيصى الخامس DSM-5 والدليل الرابع DSM :

وردت تغيرات فى معايير تشخيص دليل DSM-5 والنصوص في هذا الفصل تظهر بنفس الترتيب في تصنيف DSM-5. وهذا الوصف المختصر يهدف إلى توجيه القراء (المختصين) فقط إلى أن أهم التغيرات في كل فئة هذا الاضطراب يوسع ما يقرب من جميع التغيرات (على سبيل المثال : ما عدا النص القاصر أو صياغة التغييرات اللازمة للتوضيح على شبكة الإنترنت www .psychiatry .org/DSM5) . كما ينبغي أن يلاحظ أن القسم الأول يتضمن وصفا للتغيرات المتعلقة بتنظيم الفصل في دليل DSM-5.

اضطرابات النمو العصبي :

تم استخدام مصطلح التخلف العقلي في الدليل الرابع DSM-IV . ومع ذلك ، فإن الإعاقة الذهنية (الفكرية اضطراب النمو) هو المصطلح الذي يدخل حيز الاستخدام الشائع خلال العقدين السابقة والمتداول بين المهن الطبية ، والتعليمية ، وغيرها . كما أن هناك حاجة للمعايير التشخيصية للتأكيد على الحاجة إلى تقييم كل من القدرات المعرفية ، والتى يتم تحديد شدة سير التكيف بدلا من درجة الذكاء (IQ) .

أما اضطرابات التواصل ، والذى تم تسميته حديثا فى الدليل الرابع DSM-IV بالاضطراب الصوتي ، والتأتأة ، على التوالي ، وتشمل اضطراب اللغة (التى تجمع بين الاضطرابات السابقة فى اللغة الاستقبالية التعبيرية والتعبيرية ، المختلطة) ، واضطراب الصوت والكلام (سابقا اضطراب الصوتية) ، واضطراب طلاقة الطفولة (التأتأة سابقا) .

وشملت أيضاً بأنه اجتماعي (براجماتي / نفعى) واضطراب الاتصال ، كحالة جديدة تنطوي على صعوبات مستمرة في المجال الاجتماعي ، وفى التواصل اللفظي وغير اللفظي .

- اضطراب طيف التوحد وفقاً للدليل الخامس DSM-5 ووفقاً كذلك لتشخيص للدليل الرابع DSM-IV
- اضطراب التوحد (التوحد) ، اضطراب اسبرجر ، اضطراب تفكك الطفولة .

- اضطراب ريت ، واضطراب النمو المتفشي وليس خلاف ذلك .

ويتميز هذا بسبب العجز المالي في اثنين من المجالات الأساسية :

١) العجز في التواصل الاجتماعى والتفاعل الاجتماعى .

٢) يقتصر الأنماط السلوكية وتكرارها على الأنشطة .

كما تم إجراء العديد من التغييرات على المعايير التشخيصية لنقص الانتباه ، واضطراب فرط النشاط (ADHD) . وتم إضافة أمثلة لبنود المعيار لتسهيل تطبيقه عبر المراحل العمرية ؛ وتم تغيير في وصف سن بدايته (من بعض نقص الانتباه فرط النشاط / حيث كانت الأعراض تسبب انخفاض القيمة الحالية قبل سن ٧ سنوات وكانت عدة أعراض بالتفريط أو المفرط والاندفاع الحالي قبل سن ١٢ عام ")؛ وقد تم استبدال الأنواع الفرعية مع محددات العرض التقديمي إلى الخريطة المباشرة للأنواع الفرعية السابقة ؛ ويسمح الآن هذا التشخيص لمن يعانون من اضطراب طيف التوحد ، وأعراض أحراز التغيير للبالغين ، ليعكس أدلة سريرية هامة كبيرة ، مع ضعف الانتباه ADHD ، كما حدد درجة الإعاقة من خمسة أعراض ، بدلا من ستة المطلوبة بالنسبة للأشخاص الأصغر سنا ، على حد سواء لاضطراب عدم الانتباه وفرط النشاط والاندفاع .

أما اضطراب التعلم المحدد فيجمع بين التشخيص الرابع DSM -IV لاضطراب القراءة ، والرياضيات ، واضطراب التعبير الكتابي ، وبين اضطراب التعلم غير المحدد ، كما يتم ترميز المحددات بصورة منفصلة من تعلم العجز في مجالات القراءة والتعبير الكتابي ، والرياضيات .

وتم الاعتراف في النص بأنواع معينة وصفت بقراءة العجز الدولي بطرق مختلفة / مثل عسر القراءة وأنواع معينة من عجز الرياضيات كما فى خلل الحساب .

وتم تضمين الاضطرابات الحركية التالية في الدليل DSM-5 وهى : اضطراب التنسيق التنموي / اضطراب الحركة النمطية / واضطراب توريت الثابت (المزمن) / واضطراب العرة الحركية أو الصوتية / واضطراب التشنج المؤقت ، وغيرها من اضطرابات التشنج المحدد ، واضطراب العرة غير المحددة .

وتم توحيد معايير كل عرة عبر كل هذه الاضطرابات في هذا الفصل ، وذلك مثل : طيف الفصام والاضطرابات النفسية الأخرى ، وقدمت اثنين من التغييرات على معيار A للفصام وهى :

١) حذف الإسناد الخاص بالأوهام الغريبة والهلوسات الأنفية السمعية فى المرتبة الأولى (وعلى سبيل المثال : اثنين أو أكثر من الأصوات المسموعة) ، مما أدى للوفاء بمتطلبات اثنين على الأقل من معيار الأعراض لأي تشخيص للفصام .

٢) إضافة شرط واحدا على الأقل مما يجب أن تكون عليه أعراض المعيار A مثل : الأوهام ، والهلوسة ، أو الكلام غير منظم . في الدليل الرابع DSM–IV كما تم حذف على الأنواع الفرعية من انفصام الشخصية بسبب استقرارها الذى يقتصر على التشخيص ، والموثوقية المنخفضة ، بدلا من ذلك من نهج الأبعاد لتصنيف خطورة الأعراض الأساس مما تم تضمينه للفصام في دليل DSM-5 القسم III لالتقاط التجانس الهام في نوع وشدة الأعراض بين الأفراد الذين يعانون من اضطرابات ذهانية .

أما صياغة مفاهيم الاضطراب الفصامي العاطفي فقد عرض تشخيصها بطريقة طولية بدلا من التشخيص المستعرض / وهو أكثر قابلية للمقارنة بين كل من : الفصام / والاضطراب الثنائي القطب / والاضطراب الاكتئابي .

ويتطلب هذا الشرط بأن تكون حلقة المزاج الرئيسة موجودة طوال غالبية مدة الاضطراب (المعيارA) ولم تعد هناك شروط لأن يكون اضطراب للوهمية محدداً ، كما تم تضمين الأوهام كنوع غريب لتوفير الاستمرارية مع معايير الدليل الرابعIV- DSM . الموصوفة للجامود بشكل موحد في جميع أنحاء الدليل الخامس DSM-5. وعلاوة على ذلك ، فقد تم تشخيص الجامود المحدد مع (الاكتئاب ، ثنائي القطب ، واضطرابات نفسية أخرى ، بما في ذلك الفصام) ، وذلك في سياق حالة طبية معروفة ، أو باعتبارها تشخيص آخر محدد .

إضطراب الثنائي القطب والاضطرابات ذات صلة :

وتشمل المعايير التشخيصية لاضطرابات القطبين الآن كلا من التغيرات في المزاج والتغيرات في النشاط أو الطاقة . ويلاحظ أن تشخيص DSM-IV مع اضطراب ثنائي القطب I ، مختلط الحلقات ويتطلب أن يلبي الفرد في وقت واحد المعايير الكاملة لكلا من الهوس / أما حلقة الاكتئاب الكبرى فتم استبدالها بالمحدد أو الجديدة " مع ميزات مختلطة" . وفى ظل ظروف معينة يمكن الآن تشخيص تحت القطبين المحدد / بأخرى هى : اضطراب ذات الصلة ، بما في ذلك تصنيف الأفراد الذين لديهم تاريخ سابق في الماضي من اضطراب اكتئابي الذي يلبي أعراض جميع معايير الهوس الخفيف باستثناء المعيار المدة الزمنية الذى لا يتحقق (أي تستمر الحلقة فقط ٢ أو ٣ أيام بدلا من ٤ أيام على التوالي المطلوبة أو أكثر) . والشرط الثاني تشكل مع اضطراب بين القطبين المحدد بأخرى بديل / وهو اضطراب ذات الصلة ، وذلك لعدد قليل جدا من أعراض الهوس الخفيف الموجود ، والذى يلبي معايير كاملة لمتلازمة ثنائي القطب الثاني .

وعلى الرغم من أن المدة ، لا تقل عن ٤ أيام متتالية ، إلا أن ذلك يكفي .

اضطرابات الاكتئاب :

لمعالجة المخاوف بشأن الإفراط في التشخيص المحتمل وأكثر من علاج الاضطراب الثنائي القطب في الأطفال ، فإن التشخيص الجديد لاضطراب المزاج ، واضطراب التقلبات ، يتم تضمينه للأطفال حتى سن ١٨ عاما الذين يظهرون التهيج المستمر والنوبات المتكررة من السلوك المتطرف .

كما يتم الترويج لاضطراب ما قبل الطمث الاكتئابي وفق "معايير لمجموعات ومحاور مقدمة لمزيد من الدراسة "، في الدليل الرابع DSM- IV ونقله إلى الجسم الرئيس للدليل التشخيصى الخامس DSM-5.

وما يشار إليه بالاكتئاب في الدليل الرابع DSM-IV يقع الآن تحت فئة اضطراب الاكتئاب المستمر ، والذي يشمل كلا من الاضطراب الاكتئابي المزمن / واضطراب الاكتئاب السابق /واضطراب التعايش داخل حلقة اكتئابي لا تقل عن ثلاثة أعراض من الهوس (غير كافية لتلبية معايير لنوبة جنون) .

ومن المسلم به الآن من قبل ميزات محددة مختلطة في الدليل الرابعIV- DSM ، بأن معيار الاستبعاد لحلقة اكتئابي التي تم تطبيقها لأعراض اكتئابية تدوم أقل من ٢ أشهر بعد وفاة أحد من أفراد أسرته (أي استبعاد الفجيعة) . وتم حذف هذا الاستثناء في DSM-5 لعدة أسباب ، بما في ذلك :

الاعتراف بأن الفجيعة هي ضغوطات نفسية شديدة التي يمكن أن تعجل حلقة اكتئابي لدى الفرد / وأنها تبدأ عادة في وقت قريب بعد الخسارة ، وأنها يمكن أن تضيف مخاطر إضافية للمعاناة ، مثل مشاعر التفاهة ، والتفكير في إيذاء النفس (إزهاق النفس المحرم شرعاً) وضعف الصحة الطبية ، والأداء الأسوأ للشخصية والعمل . وإزالة الإيحاء بأن الفجيعة قد تستمر عادة شهرين فقط .

وعند كل الأطباء والمستشارين الحزن ندرك أن المدة الأكثر شيوعاً من (١-٢ سنوات) / وتفصيلا حلت حاشية محل مزيد من التبسيط DSM-IV باستبعاد مساعدة الأطباء في اتخاذ تمييز حاسم بين الأعراض المميزة من الفجيعة وتلك الكبرى من اضطراب الاكتئاب . أخيرا ، يشير التشخيص الجديد هنا إلى وجود أعراض مختلطة أضيفت عبر كل من اضطراب القطبين واضطرابات الاكتئاب .

اضطرابات القلق :

الفصل المتعلق باضطرابات القلق لم يعد يشمل الوسواس القهري (وأضيف في فصل جديد " الوسواس القهري واضطرابات ذات الصلة ") أو ما بعد الصدمة ، واضطراب الإجهاد (PTSD) واضطراب التوتر الحاد (الجديدة المتصلة باضطرابات الضغوطات) . أما التغييرات التى تمت وفق معايير محددة فهى : رهاب القلق الاجتماعى ، واضطراب (الرهاب الاجتماعى) وتشمل حذف اشتراط قيام الأفراد فوق سن ١٨ بالاعتراف بسنوات قلقهم المفرط أو غير المعقول . بدلا من ذلك ، يجب أن يكون أصل القلق ينسب إلى الخطر الفعلي أو التهديد الواضح ، كما ينبغى أن تؤخذ العوامل السياقية الثقافية بعين الاعتبار . بالإضافة إلى ذلك ، تم تمديد مدة ستة أشهر - عند تشخيصه - لجميع الأعمار .

ويمكن الآن أن يتم سرد نوبات الهلع كما هى محددة ، والتي تنطبق على جميع الاضطرابات فى الدليل التشخيصى DSM-5. وتم إلغاء ربط الاضطراب بالخوف [1] من الأماكن المكشوفة في DSM-5.

وبالتالي ، فإن تشخيص الدليل الرابع DSM-IV السابق لاضطرابات الهلع مع الخوف من الأماكن المكشوفة ، واضطراب الهلع دون خوف من الأماكن المكشوفة ، والخوف من الأماكن المكشوفة دون تاريخ من اضطراب الهلع / تم استبداله الآن من قبل اثنين من التشخيصات هما :

- اضطرابات الهلع والخوف من الأماكن المكشوفة ، مع معايير منفصلة .
- اضطراب القلق الاجتماعى المحدد " المعمم" تم حذفه واستبداله مع "الأداء فقط" المحدد ، وقلق الانفصال المصنف بالفوضى ، يعرف الآن باسم اضطرابات القلق .

كما تم تعديل صيغة المعايير فى التعبير عن أعراض قلق الانفصال في مرحلة البلوغ ، وذلك على النقيض من الدليل الرابع DSM –IV لمعايير التشخيص والتى لم يعد يتم تحديدها / بأن يجب أن تكون بدايته قبل سن ١٨ عاما ، وبيان " مدة عادة ما تكون دائمة لمدة ٦ أشهر أو أكثر" وقد أضيف للبالغين تشخيص المخاوف العابرة .

الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة :

فصل "الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة " الجديد في **DSM-5.** وشمل اضطرابات جديدة مثل : اضطراب الاكتناز ، واضطراب سحجة (الجلد قطف) ، واضطراب مادة الدواء الناجم عن اضطراب الوسواس القهري وما يتصل بها ، واضطراب الوسواس القهري بسبب حالة طبية أخرى ذات الصلة .

(١) رهاب الفوبيا : هو مرض نفسي يعرف بأنه خوف متواصل من مواقف أو نشاطات معينة عند حدوثها أو مجرد التفكير فيها أو أجسام معينة أو أشخاص عند رؤيتها أو التفكير فيها. هذا الخوف الشديد والمتواصل يجعل الشخص المصاب عادة يعيش في ضيق وضجر لمعرفة بهذا النقص ، ويكون المريض غالباً مدركاً تماماً بأن الخوف الذي يصيبه غير منطقي ولكنه لا يستطيع التخلص منه بدون الخضوع للعلاج النفسى لدى طبيب متخصص .

وسبق تشخيص الدليل الرابع DSM-IVhg من نتف الشعر، والذى يطلـق عليـه الآن (اضطراب نتف الشعر) وتم نقلـه مـن التـصنيف الرابـعDSM-IV مـن اضـطرابات السيطرة على الانفعالات / إلى اضطرابات الوسواس القهري ذات الصلة في DSM-5.

وقد تم تنقيح الوسواس القهري للسماح بالتمييز بـين الأفـراد مـن ذوى البـصيرة الجيدة ، وضعف البصيرة ، وبصيرة غائبـة/ لوهمية الوسـواس القهـري ، واضـطراب المعتقدات (أي قناعة تامة بأن معتقدات الوسـواس القهـري صـحيحة) . وقـد أدرجـت محددات " البصيرة " المماثلة لاضطراب تشوه الجسم واضطراب الاكتنـاز وفقـاً للمعيـار (A) المحدد "وذات الصلة " باضطراب الوسـواس القهـري / والـتى أضـيف لهـا بـسبب وجود اضطراب العرة المرضية ، والتي قد تكون لها آثار طبية هامة .

وتم إضافة تعريف محدد لاضطراب تـشوه الجـسم لـتعكس الأدب المتزايـد علـى صحة التشخيص والفائدة السريرية لجعل هذا التمييز مناسباً في الأشخاص الذين يعانون اضطراب تشوه الجسم . ويعكس البديل عن وهمية اضطراب تشوه الجسم (الـذي يحـدد الأفراد الذين هم على قناعة تامة بأن العيوب المتصورة أو العيوب تظهـر بـصورة شـاذة فعلاً) ولم تعد مشفرة على حد سواء باضطراب الوهميـة ، مـن حيـث نـوع الجـسدية ، واضطراب تشوه الجسم DSM-5 وهذا العرض لاضطراب الجـسم مـع غيـاب البـصيرة الوهمية المحددة .

كما يمكن تشخيص الأفراد مع اضطراب الوسواس القهري المحدد ، وما يتـصل به من فوضى ، والذى يمكن أن يشمل حالات مثل التي تركز علـى الجـسم كاضـطراب السلوك المتكرر، ووسواسي الغيرة ، أو الوسواس القهري ذات الصلة وغير المحدد .

اضطرابات الصدمة والإجهاد المتصلة :

يُعد تشخيص الاضطرابات النفسية الحادة ، وتأهيل الأحداث المؤلمة ، الآن أكثـر وضوحاً، ســـواء كانوا مـن ذوي الخـبرة المباشـرة ، أو مـن ذوي الخـبرة بـشكل غـير مباشر .

وأيضاً ، معDSM-IV للمعيار A2 بشأن رد الفعل الشخصي لحدث صادم (على سـبيل المثـال ، والـذى قـد يـتم بنـاءً علـى " الخـوف ، والعجـز ، أو الرعـب") . أمـا اضطرابات التكيف وصياغة مفـاهيم مثـل المجموعـة المتجانـسة مـن متلازمـات التـوتر

والاستجابة التي تحدث بعد التعرض لصدمة مؤلمة (الصدمة أو الحدث nontraumatic) ، وليس كفئة متبقية بالنسبة للأفراد الذين يظهرون ضائقة سريرية مهمة ، إلا أن الأعراض التى لا تلبي معايير الاضطراب وردت بصورة منفصلة بصورة واضحة (كما في الدليل التشخيصى الرابع DSM -IV) .

أما في الدليل التشخيصى الخامسDSM-5 فإن معايير اضطرابات ما بعد الصدمة تختلف كثيراً عن معايير (الدليل الرابعIV– DSM) معيار الضغوطات (A) وهو أكثر وضوحاً فيما يتعلق بالأحداث التي وصفها بأنها تجربة " الصدمة " ، كما تم إيداعه فى الدليل الرابع DSM-IV المعيار A2 (كرد فعل شخصي) .

في حين كانت هناك ثلاث مجموعات رئيسة من أعراض DSM-IV- reexperiencing ، وهى التجنب ، والذهول ، والشهوة ، وهناك الآن أربع مجموعات من الأعراض في DSM-5 وهى : التجنب والذى ينقسم إلى ذهول عنقودي / وينقسم إلى مجموعتين متميزتين : تجنب السلبية ، والتعديلات المستمرة في الإدراك والحالة المزاجية ، وهذه الفئة الأخيرة هى التي يركز عليها الدليل الرابع DSM–IV مثل أعراض الذهول ، ويشمل أيضاً أعراض جديدة أو صياغة مفاهيم ، مثل استمرار الحالات العاطفية السلبية .

كما يشمل أيضاً السلوك وتعكر المزاج أو نوبات الغضب والمتهورة أو السلوك التدميري الذاتي ، كما أن اضطراب ما بعد الصدمة الحساس فى الجوانب التنموية كما تم تخفيض عتبات التشخيص لدى الأطفال والمراهقين . وعلاوة على ذلك ، تم إضافة معايير منفصلة للأطفال في سن ٦ سنوات أو أقل مع هذا الاضطراب .

وكان الدليل الرابع DSM- IV قد شخص اضطراب الطفولة كرد فعل مرفق لنوعين فرعيين : السحب العاطفي/ الذى يحول دون المهام الاجتماعية دون تمييز لسلوكه الفاضح . في DSM-5 ، وتعرف هذه الأنواع الفرعية كما الاضطرابات المتميزة : باضطراب التعلق التفاعلي واضطراب السلوك الفاضح ، واضطراب المشاركة الاجتماعية .

الاضطراب الفصامي :

وتشمل التغييرات الرئيسية في الاضطراب الفصامي في **DSM-5** ما يلي : -

١. الغربة عن الواقع المدرجة في اسم وأعراض هيكل ما كان يسمى سابقا تبدد الشخصية اضطراب (اضطراب تبدد الشخصية الغربة عن الواقع) .

٢. شرود فصامي محدد من فقدان الذاكرة الفصامي بدلا من تشخيص منفصل .

٣. تم تغيير معايير اضطراب الهوية الفصامي، وأصبحت تشير إلى أعراض انقطاع الهوية ، وقد تم الإعلام عنها ، وكذلك لوحظ أن الثغرات في استدعاء الأحداث تحدث عن الحياة اليومية وليس فقط الأحداث المؤلمة . وتبين كذلك أيضاً بأن تجارب الحيازة المرضية في بعض الثقافات ، يتم تضمينها في وصف اضطراب الهوية .

الأعراض جسدية واضطرابات ذات صلة :

يشار إلى أن الاضطرابات الجسدية للأعراض الجسدية الآن في DSM-5 الاضطرابات ذات الصلة ويقلل تصنيف الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 من عدد هذه الاضطرابات والفئات الفرعية لتجنب إشكالية التداخل .

تشخيص اضطراب الجسدنة ، التوهم ، واضطراب الألم ، وأزيل الاضطراب الجسدي الشكل غير المتمايز ، وأصبح يتم تشخيص اضطراب الجسدنة وفقاً للأعراض التي تلبي معايير DSM-5.

أما اضطراب الأعراض الجسدية ، إذا كان لديهم أفكار غير قادرة على التأقلم ، والمشاعر ، والسلوكيات التي تحدد الاضطراب ، بالإضافة إلى الأعراض الجسدية . ولكن لا يتم التمييز بين اضطراب الجسدنة والاضطراب الجسدي الشكل التعسفية غير المتمايزة ، والتي أدمجت في DSM-5 تحت عنوان اضطراب الأعراض الجسدية .

ومن قبل تم تشخيص الحالات الذين لديهم ارتفاع في درجة القلق الصحية ، ولكن بدون أعراض جسدية يمكن أن يدرجوا مع تشخيص DSM-5 في اضطراب القلق المرضي (والذى يتضح القلق لديهم بشكل أفضل من خلال اضطراب القلق الأولي ، مثل اضطراب القلق العام) .

إلا أن بعض الأفراد مع اضطراب الألم المزمن ، والذى يمكن تشخيصه بشكل مناسب ، فى وجود أعراض الاضطرابات الجسدية ، والذى يتم مع الألم غالباً ، ومع العوامل النفسية المؤثرة على الظروف الطبية الأخرى / أو مع اضطراب التكيف ليكون أكثر ملاءمة .

وقد تؤثر العوامل النفسية على الحالات الطبية الأخرى مثل الاضطراب العقلي ، وهو التشخيص الجديد فيDSM-5 ، والذى سبق ذكره في الدليل الرابعDSM-IV فى فصل "الشروط الأخرى التي يتم التركيز عليها للاهتمام السريري . " وقد وضع هذا الاضطراب والفوضى بين أعراض الجسدية الصنعية ، ومع الاضطرابات ذات الصلة ، وذلك لأن الأعراض الجسدية هي الغالبة في كل الاضطرابات ، وغالباً ما يتم مواجهته في كل البيئات الطبية .

أما المتغيرات التى تتم إزالتها ، مثل العوامل النفسية التي تؤثر على ظروف طبية أخرى لصالح التشخيص الجذعي . أما معايير اضطراب التحويل (اضطراب أعراض عصبية الوظيفية) فقد تم تعديلها إلى التأكيد على الأهمية الأساس من الفحص العصبي ، واعترافا بأن العوامل النفسية ذات الصلة قد لا يتم إثباتها في وقت التشخيص . أما الأخرى المحددة ، مثل اضطراب الأعراض الجسدية ، وغيرها من اضطراب مرض القلق المحدد ، وهي الآن فقط تُعد من النماذج الجسدية المحددة الأخرى لأعراض الاضطراب والتصنيف ذات الصلة .

اضطرابات الأكل والتغذية :

عادة ما يتم تشخيص الاضطرابات الأولي أثناء مرحلتى الطفولة والمراهقة وتوصف العديد من الاضطرابات التى وجدت في الدليل التشخيصى الخامس DSM-IV فى" قسم التغذية واضطرابات الأكل " في مرحلة الطفولة المبكرة " مثل اضطراب بيكا[1]

(١) مرض البيكا عبارة عن اضطراب صحي يتمثل في شهية المريض لمواد غير صحية أو غير غذائية مثل الورق والطباشير والنايلون والفحم وغيرها أو هي شهية لمواد تعتبر غذائية ولكنها غير مغذية أو ناضجة مثل الطحين والنشا والأرز والبطاطا النيئ أو الملح. وحتى يعتبر حالة مرضية يجب أن تستمر الأعراض لأكثر من شهر والمصطلح جاء من تسمية-

واضطراب الاجترار ، واضطراب التغذية DSM-IV والذى يتضح فى أوائل مرحلة الطفولة ، وقد تم إعادة تسميته باضطراب الطفولة الانطوائية / تفريقاً عن اضطراب تناول الطعام .

أما المعايير التشخيصية الأساسية لفقدان الشهية العصبي فهي دون تغيير لمفهومه فى الدليل الرابع DSM-RV مع استثناء واحد : بأن يتم التشحيص بشرط انقطاع الطمث ، كما في DSM-IV .

أما الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب فقد يحدث لهم انخفاض كبير فى وزن الجسم بالنسبة لمرحلة نموهم .

وتم توسيع المعيار (B) ليشمل ليس فقط الإعراب عن الخوف من زيادة الوزن ، ولكن أيضاً بالنسبة للسلوك المستمر الذي يتداخل مع زيادة الوزن . أما التغيير الوحيد في معايير DSM-IV للشره المرضي العصبي فهو انخفاض في متوسط الحد الأدنى المطلوب لتواتر الشراهة عند تناول الطعام ، والسلوك التعويضي غير اللائق لعدد تردد من (مرتين إلى مرة واحدة أسبوعيا) . مع بحث واسع النطاق أعقب صدور تلك المعايير الأولية لاضطراب الأكل بنهم في الملحق (ب) من DSM–IV .

أما توثيق الأداة السريرية الصحية المساعدة نتيجة اضطراب الأكل بنهم ، فإن الفرق الوحيد الذي يعتد به من تلك المعايير الأولية / هي أن متوسط الحد الأدنى للتردد من الشراهة عند تناول الطعام المطلوب ، ينبغي حتى يتم تشخيصه أن يستمر (مرة واحدة أسبوعيا على مدى الثلاثة أشهر الماضية) والمطابقة لمعيار تردد الشره العصبي المرضي (بدلا من يومين فقط على الأقل في الأسبوع لمدة ٦ أشهر في DSM -IV) .

اضطرابات :

لم تكن هناك أي تغييرات كبيرة في هذه الفئة من تشخيص الدليل الرابع DSM-IV ، والخامس -DSM كما تم تصنيف الاضطرابات في هذا الفصل تم تصنيفها – سابقا – في إطار تشخيص الاضطرابات الأولى في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة أو في

- لاتينية لطائر الغراب ماجباي والذي يأكل أي شيء والبيكا تنتشر في كافة الأعمار وخصوصا النساء الحوامل أو الأطفال أو المتخلفين عقليا.

دليلIV- DSM ووتلك التشخيصات توجد الآن بصورة مستقلة في تصنيف الدليل الخامس DSM-5.

اضطرابات النوم واليقظة :

في الدليل التشخيصى الخامس **DSM-5** ، وتشخيص الدليل الرابع **DSM-IV** ، يسمى باضطراب النوم المتصل ، وهو اضطراب عقلي آخر / كما تم حذف اضطراب النوم المتصل كحالة طبية أخرى ، وبدلا من تم توفير مواصفات أكبر من ظروف التعايش لكل من اضطراب النوم / واليقظة .

أما تشخيص الأرق الابتدائي فتمت إعادة تسميته باضطراب الأرق لتجنب التمايز بين الأرق الابتدائي والثانوي . كما يميز دليل DSM-5 أيضاً بين الخدار [1] المعروف الآن أن تترافق مع نقص الهيبوكريتين ، والذى يعد شكل من أشكال أخرى من النعاس المفرط (اضطراب النعاس الفرط) .

أخيرا ، في جميع أنحاء تصنيف دليل DSM-5 من sleepwake والذى تتكامل فيه اضطرابات ، معايير للأطفال التنموية مع اعتبارات الدعم والفائدة السريرية بشكل متكامل .

أما الاضطرابات ذات الصلة بالتنفس فتنقسم إلى ثلاثة من اضطرابات النوم وهى :

- توقف التنفس أثناء النوم الانسدادي مع ضعف التنفس .
- توقف التنفس أثناء النوم المركزي .
- نقص التهوية المرتبطة بالنوم .

أما الأنواع الفرعية من الساعة البيولوجية فيتم بتوسيع إيقاع اضطرابات النوم ، ليشمل أنواع متقدمة من مرحلة النوم غير النظامية ، ونوع النوم واليقظة ، في حين تم إزالة نوع اضطراب الرحلات الجوية الطويلة ، والذى تم استخدامه سابقاً " كما

---

(١) الخدار : هو اضطراب النوم المزمن الذي يتميز بالنعاس خلال فترات النهار والشعور المفاجئ بالنوم ، حيث يعاني مرضى الخدار من صعوبة في الاستيقاظ لفترات طويلة مما يسبب اضطرابات في الروتين اليومي . الفئة العمرية الأكثر عرضه للإصابة بمرض الخدار : عادة ما يوجد هذا المرض بين عمر العاشرة حتى ٢٥ عاما.

خُفضت التشخيصات المحددة " في DSM-IV برفع حركة العين السريعة ، واضطراب تململ الساقين ، ومتلازمة اضطرابات النوم السلوكى المستقل .

اضطراب الخلل الجنسي :

أضيفت في الدليل التشخيصى الخامس **DSM-5** ، بعض أنماط الخلل الجنسي المحدد بين الجنسين ، وبالنسبة للإناث ، فقد تم الجمع بين الرغبة والشهوة فى الاضطرابات الجنسية (في اضطراب واحد) هو : الاضطراب الجنسية للمرأة الناتج عن الاستثارة .

كل من الخلل الجنسي (باستثناء ما يسببه الدواء للعجز الجنسي) والتى تتطلب لتشخيصه الحد الأدنى من مدة ما يقرب من (٦ أشهر) مع معايير دقيقة أكثر شدة . تمت إضافة – التناسلي- إلى اضطراب الحوض وألم/ الاختراق لدليل DSM-5 والذى يشير لدمج التشنج المهبلي مع عسر الجماع ، والتي كانت غاية مرضية يصعب تمييزها . كما تم حذف تشخيص اضطراب النفور الجنسي بسبب الاستخدام النادر / نظراً لعدم وجود دعم بحثى لهذا التشخيص .

وهناك الآن اثنين فقط من الأنواع الفرعية للخلل الجنسي : خلل مدى الحياة والمعمم مقابل ظرفية الحالة ، والذى يشير إلى وجود درجة طبية ترتبط بدرجة غير طبية أخرى ، وتم إضافة إلى النص الميزات المرتبطة التالية : عوامل الزوج ، وعوامل العلاقة ، وعوامل الضعف الفردي أو الثقافي أو العوامل الدينية ، وعوامل طبية .

اضطراب الهوية الجنسية بين الجنسين :

اضطراب الهوية الجنسية هي فئة تشخيصية جديدة في DSM-5 ويعكس تغييرا في المفاهيم من ميزات هذا الاضطراب في تحديده من خلال التأكيد على ظاهرة " التناقض بين الجنسين " بدلا من التحديد المشترك بين الجنسين في حد ذاته ، كما كان الحال في الدليل الرابع DSM-IV .

اضطراب الهوية الجنسية : يشمل اضطراب الهوية الجنسية مجموعات منفصلة من المعايير : للأطفال والبالغين والمراهقين / وبخصوص المراهقين والبالغين فيشخصوا وفقاً المعيار السابق (التحديد المشترك بين الجنسين) ووفقاً المعيار B (النفور بين الجنسين)

والذين تم دمجهما معاً في صياغة المعايير ، مما يجعل التشخيص أكثر تحفظاً للخوض فيه ، وذلك على مستوى المعايير الاجتماعية الشرقية المحافظة على وجه التحديد .

وتم حذف التصنيف الفرعي على أساس التوجه الجنسي لأن التمييز هنا لم يعد مفيداً سريريا . وتمت إضافة تحديد ما بعد المرحلة الانتقالية للأفراد الذين خضعوا لإجراء طبي واحد على الأقل أو علاج لدعم مهمة جديدة بين الجنسين (على سبيل المثال ، عبر العلاج بالهرمونات) . وعلى الرغم من أن مفهوم ما بعد المرحلة الانتقالية يأتي على غرار مفهوم التشافي الكامل أو الجزئي ، كمصطلح له آثار في الحد من الأعراض التي لا تنطبق مباشرة على اضطراب الهوية الجنسية .

الاضطرابات المدمرة ، والسيطرة على الاندفاع السلوكي :

ويتصل بالسيطرة على الاندفاع ، واضطرابات السلوك " فرع جديد لـ **DSM-5** ويجمع بين الاضطرابات التي تم تضمينها مسبقاً في " اضطرابات الفصل الأول ، والمختص بالتشخيص في مرحلتي الطفولة ، والمراهقة أو " (أي بخلل التحدي الاعتراضي ؛ والسلوك اضطراب ، ولا تنص اضطراب السلوك المضطرب على خلاف ذلك ، وتصنف الآن عن غيرها من التخريبية المحددة وغير المحددة للسيطرة على الانفعالات ، واضطرابات السلوك) كما تم فصل اضطرابات السيطرة على الاندفاع غير المصنفة إلى 'مسمى أخر " (أي الخلل الانفعالي المتقطع ، ويشمل : هوس الحرائق ، وهوس السرقة) . وتتميز جميع هذه الاضطرابات بمشاكل في ضبط النفس العاطفية والسلوكية . وخاصة المرضية مع اضطراب نقص الانتباه ADHD فى هذا الفصل ، والذى يتم سرده مع الاضطرابات العصبية النمائية ، والمرتبط إرتباطاً وثيقاً مع اضطراب السلوك ، كما تم تناول اضطراب الشخصية المعادية للمجتمع على حد سواء في هذا الفصل وفي فصل " اضطرابات الشخصية " ، حيث وصفت بالتفصيل .

يتم تجميع معايير بخلل التحدي الاعتراضي الآن إلى ثلاثة أنواع : غاضب/عصبي المزاج / جدلية سلوك التحدي ، والانتقام . وبالإضافة إلى ذلك ، تم حذف معيار الاستبعاد لاضطراب السلوك .

وشملت معايير اضطراب السلوك ميزات محددة وصفية للأفراد الذين يستوفون المعايير الكاملة للفوضى الحالية ، ولكن أيضاً بمصاحبة المشاعر الاجتماعية الإيجابية المحدودة . وظل التغيير الأساس في فترات الاضطراب المتقطع في نوع من تفجر العدوانية التي ينبغي النظر فيها .

كما تم تغيير لفظ / العدوان البدني فى الدليل الرابع DSM-IV / في الدليل الخامس DSM-5 إلى العدوان اللفظي وغير التدميري/ والاعتداء الجسدي noninjurious أيضاً تلبية للمعايير التى يوفرها DSM-5 والأكثر تحديدا للترددات اللازمة لتلبية المعايير والتى تنص على أن علامات تفجر العدوانية هي التسرع أو الغضب ، ويجب أن تسبب استغاثة ملحوظة ، والسبب فيها يكمن فى ضعف الأداء المهني أو الشخصية ، أو قد تكون مرتبطة مع عواقب مالية أو قانونية سلبية . وعلاوة على ذلك ، فإن الحد الأدنى لها مع سن ٦ سنوات (أو وفقاً للمستوى التنموي أو ما يعادلها) .

اضطرابات مادة ذات تاثير مدمن :

ويعد تشخيصه بمثابة تحولاً هاما للأدلة التشخيصية ، عما كان معروفاً من قبل ، ويتعلق بالمادة ذات الصلة بالإضطراب ، وقد تم توسيع الاضطرابات لتشمل اضطراب القمار . وحدث تغير آخر فى DSM-5 بألا يتم الفصل بين تشخيص تعاطي المخدرات والاعتماد عليها كما هو الحال في DSM-IV .

وبالأحرى يتم توفير معايير إضطراب تعاطي المخدرات ، بمرافقة معايير التسمم ، والانسحاب ، ومع الاضطرابات الناجمة عن المخدرات ، والاضطرابات المرتبطة بمادة غير محدد ، حيثما كان ذلك مناسبا ، وذلك ضمن اضطرابات تعاطي المخدرات ، فى DSM-IV والمتعلقة بتعاطى مادة قانونية متكررة (مورفين مثلاً) .

وتم حذف معيار مشاكل العودة للإدمان ، والمعيار الجديد فى DSM-5 ، هو الحنين ، أو الرغبة القوية أو الحث على استخدام مادة (تمت إضافته) . بالإضافة إلى ذلك ، فإن عتبة تعاطي المخدرات تم تعيينه لتشخيص الاضطراب في DSM-5 مع اثنين أو أكثر من المعايير ، وعلى النقيض من عتبة واحدة أو مزيد من معايير تشخيص DSM-IV فإن تعاطي المخدرات مع ثلاثة أو أكثر من صنوف الاعتماد ، وهى :

انسحاب القنب/ وانسحاب الكافيين / واضطرابات جديدة (كان هذا الأخير في DSM- IV Appendbc ، ومجموعات معايير (B) والمحاور المقدمة لمزيد من الدراسة) والتى تستند على شدة اضطرابات تعاطي المخدرات DSM-5 وعلى عدد من المعايير المعتمدة .

وتم حذف محدد DSM-IV للسلالة الفسيولوجية في DSM-5 ، كما أضيفت مغفرة (تعافى) في وقت مبكر من مادة DSM-5 نتيجة استخدام (لا يقل عن ٣ ولكن أقل من ١٢ شهراً) دون تلبية تعاطي المخدرات ويعرف باضطراب المعايير (باستثناء حنين) ، ومغفرة (تعافى) مستمر إلى ١٢ شهراً على الأقل دون تلبية معايير (باستثناء حنين) . وتشمل إضافة محددات جديدة فى**DSM-5** وهى : " في بيئة مُسيطر عليها ، على صيانة العلاج (استمراره) ، كما يقتضي الأمر بذلك .

الاضطرابات العصبية :

تندرج تشخيصات DSM-IV على الخرف كاضطراب مفتقد قد يرتبط بكيان اضطراب عصبي NCD . ولا يوجد ما يمنع من استخدام تشخيصات " الخرف " في الأنواع الفرعية المسببة له ، حيث أن هذا المصطلح هو المعيار المحدد له . وعلاوة على ذلك ، يعترف دليل DSM-5 الآن بمستوى أقل حدة من الضعف الادراكي الخفيف NCD ، وهو اضطراب جديد يسمح بتشخيصه كأقل المتلازمات المعطلة ، والتى قد تكون محوراً للاهتمام والعلاج .

ويتم توفير معايير لتشخيص كل من هذه الاضطرابات ، يليها تشخيص المعايير الفرعية المسببة له في DSM-IV ، كما تم تعيين التشخيصات الفردية مثل : الخرف من نوع الزهايمر/ والخرف الوعائي والذى تسببه مادة الخرف ، في حين تم تصنيف الاضطرابات العصبية الأخرى مثل الخرف بسبب حالة طبية أخرى ، مع فيروس نقص المناعة البشرية ، وصدمات الرأس ، ومرض باركنسون ، ومرض هنتنجتون .[1]

---

(١) مرض هنتنجتون: هو مرض عقلي وراثي يشابه تدهور مرحلي للحالة العقلية، بسبب موت خلايا في المخ . هو مرض تنكسي مترقٍ يُسبب تلف خلايا عصبية معينة في الدماغ، ونتيجة لذلك تظهر حركات لا إرادية واضطرابات عاطفية وتدهور في الحالة العقلية.

مرض بيك ومرض كروتزفيلد جاكوب ، والحالات الطبية الأخرى المحددة . في DSM-5 ، وتم الاحتفاظ بها كأمراض رئيسة غير معدية أو معتدلة بسبب مرض الزهايمر والأمراض غير السارية الرئيسة أو مع مرض الأوعية الدموية المعتدلة ، في حين يتم عرض - الآن - معايير كبرى جديدة منفصلة أو معتدلة NCD مثل الأمراض غير المعدية بسبب إصابات في الدماغ ، أو نتيجة مادة / الدواء ، وعدوى فيروس نقص المناعة البشرية ، ومرض بريون ، ومرض باركنسون ، ومرض هنتنجتون ، وحالة طبية أخرى من المسببات المتعددة على التوالي . كما تم تضمين مصطلح (غير محدد) NCD أيضاً بمثابة تشخيص معترف به .

اضطرابات الشخصية :

تم وضع معايير اضطرابات الشخصية في القسم الثاني من DSM-5 ولم تتغير عن تلك الموجودة في الدليل الرابع DSM -IV . إلا أنه قد وضع نهجا بديلا لتشخيص اضطرابات الشخصية فى DSM-5 لمزيد من الدراسة ، ويمكن العثور عليها في القسم الثالث (انظر " البديل DSM-5 موديل اضطرابات الشخصية) .

أما المعايير العامة لاضطراب الشخصية ، فقد وضع فى معيار سير الشخصية المنقحة (A) فى الجزء الثالث استنادا إلى استعراض أدبيات التدابير السريرية الموثوقة من العاهات ، كنواة مركزية للشخصية فى علم الأمراض .

كما تم تشخيص اضطراب الشخصية كسمة محددة ، استنادا إلى معتدلة / أو أكبر/ أو انخفاض في أداء الشخصية / وحضور الشخصية المرضية وصفاتها كما تم استبدال اضطراب في الشخصية الذى لا ينص على خلاف ذلك ، والذى يتوفر معه قدرا أكبر من المعلومات ، أما التشخيص بالنسبة للأفراد الذين لم يتم وصفهم على النحو الأمثل عن وجود اضطراب محدد في الشخصية ، فقد تم التركيز معهم بصورة أكبر على أداء الشخصية والمعايير القائمة على سمة معينة / قد 'تزيد من الاستقرار والقواعد التجريبية لتلك الاضطرابات .

كما يمكن لسير الشخصية أيضاً أن يقيم الصفات البارزة / بما (إذا كان / أو لم يكن) هذا الفرد لديه اضطراب فى الشخصية من عدمه ، وهي الميزة التي توفر معلومات سريرية مفيدة مع جميع الأفراد .

اضطرابات (خلل الانحراف الجنسي غير السوى) Paraphilic :

اضطراب paraphilic هو الشذوذ الذي يسبب ضائقة ، أو انخفاض القيمة للفرد أو الذى قد يترتب عنه ضرر أو خطر وقوع ضرر على الشخصية ، من الآخرين . والشذوذ يعد شرطا كافيا لازماً لوجود اضطراب paraphilic ، ويتطلب تدخلاً سريرياً . وتم التمييز بين paraphilias واضطرابات paraphilic دون إجراء أي تغييرات على الهيكل الأساس لمعايير التشخيص لأنها كانت موجودة فى الدليل الرابع DSM-III-R . ومع التغيير المقترح لـ DSM-5 هو أن الأفراد الذين يستوفون كلا من معايير (A,B) فمن شأنه الآن أن يتم تشخيصه بوجود اضطراب الانحراف الجنسى paraphilic غير السوى الذى لن يعطى لتشخيص أعراض الأفراد الذين يلبوا معيار A فقط وليس المعيار B الذى ينص على أن هؤلاء الأفراد لديهم شذوذ وليس اضطراب paraphilic .

اللسان :

شروط التقنية :

يؤثر نمط من السلوكيات التى يمكن ملاحظتها عن التعبير الذاتي من ذوي الخبرة على المشاعر (العاطفة) . وتشمل الأمثلة على ذلك تأثير الحزن والغبطة ، والغضب ، وذلك على النقيض من الحالة المزاجية ، والتي تشير إلى الجوانب العاطفية "المستقرة نسبياً " المنتشرة والمستمرة ajfect والتى تشير إلى المزيد من التغييرات المتقلبة في العاطفية "المتغيرة " . إلا أن يلاحظ بإن ما يعتبر طبيعي مع مجموعة من التعابير المؤثرة تختلف اختلافا كبيرا ، سواء داخل ، أو بين مختلف الثقافات ، والتى تشمل اضطرابات في التأثير المقلل من كثافة التعبير العاطفي .

أما غياب/ أو حضور أي علامة من التعبير العاطفي ،فهو يتعارض مع التعبير الوجداني غير المناسب مع مضمون الخطاب أو التفكير . كما قد يحدث عطوب ، أو تباين في السلوكيات المؤثرة المتكررة ، وقد تحدث تحولات سريعة ومفاجئة في التعبير العاطفي . وقد يتم تخفيضه / أو يبدو بصورة معتدله أو مقيدة وفقاً لنطاق وكثافة التعبير العاطفي .

تأثير الوجدانية : يُسهم التحريض (الحركي) فى الانفعالات النفسية ، وقد يشمل القدرة على التعرف على الأشياء والأشخاص والأصوات والأشكال والروائح ، وقد يحدث في غياب وضعف في حاسة معينة أو مع فقدان كبير فى الذاكرة .

ويستدل على ذلك في طريقة التفكير ، وفي الكلام واللغة والسلوك ، وقد تكون هناك ردود موجزة ومحددة على الأسئلة ، رغم التقييد في كمية الكلام العفوي (وهو ما يسمى ضعف التعبير) . وفي بعض الأحيان يكون الخطاب غير كافي ، رغم نقل معلومات قليلة متكررة أو نمطية overabstract (وهو ما يسمى فقر المحتوى) .

فقدان الذاكرة : ويتسم بعدم القدرة على تذكر المعلومات الهامة للسيرة الذاتية ، والتى لا تنسجم مع النسيان العادي . مع انعدام التلذذ ، وانعدام التمتع بمشاركة الآخرين مع تجارب الحياة ؛ والعجز في القدرة على الشعور بالسرور والاهتمام بالأشياء . ويعد انعدام التلذذ هو وجه من الوجوه واسعة النطاق والمفرزة لسمات الشخصية .

أما سلوكيات العداء التي قد تضع الفرد على خلاف مع أشخاص آخرين ، مثل المبالغة في الشعور بأهمية الذات مع ما يصاحب ذلك من توقع معاملة خاصة ، فضلا عن الكراهية القاسية تجاه الآخرين ، والتى تشمل كلا من جهل حاجات الآخرين ومشاعرهم ، والاستعداد لاستخدام الآخرين في خدمة تعزيز ذاتيتهم الخاصة .

والعداء هو أحد مجالات سمات الشخصية الواسعة الخمسة المحددة في القسم الثالث البديل من دليل DSM-5 كنموذج لاضطرابات الشخصية . والقبعات الخمسة الصغيرة التى تُشير إلى المدى الذى توضع فيه الشخصية .

الاضطرابات النفسية (وفقاً لمنظمة الصحة العالمية / وللجمعية الأمريكية للطب النفسي) :

متلازمة التوقف المضادة للاكتئاب هناك مجموعة من الأعراض التي يمكن أن تحدث بعد التوقف المفاجئ ، أو الانخفاض الملحوظ في جرعة من الدواء المضاد للاكتئاب ، والذي يؤخذ بشكل مستمر لمدة شهر على الأقل والتى منها ما يلى :

القلق والترقب تخوف من خطر أو مصيبة فى المستقبل يرافقه شعور من القلق والضيق ، مع / أعراض جسدية من التوتر ، والتركيز من المتوقع قد يكون خطر داخلي أو خارجي .

مشاعر الحرص من العصبية أو توتر في رد فعل لحالات متنوعة ومتكررة أو رؤئ حول التأثيرات السلبية للتجارب غير السارة الماضية والاحتمالات السلبية في المستقبل .

الشعور بالخوف بالتخوف من عدم اليقين ؛ وتوقع حدوث الأسوأ ، والحرص المبالغ فيه كوجه من وجوه Affecnvity سمات الشخصية السلبية واسعة النطاق .

الإثارة والحالة الفسيولوجية والنفسية لكونه مستيقظا أو ردة فعله للمؤثرات .asociality وخفض فى مبادرة تفاعله مع أشخاص آخرين .

القدرة على الانتباه والتركيز يمكن أن يدوم اضطراب الانتباه بصورة مستمرة ، مع ضعف التحفيز أو ممارسة نشاط معين والذى يتجلى في التشتت أو صعوبة في انهاء المهام أو في ضعف التركيز على العمل . كما قد ينخرط فى الاهتمام فى سلوكيات مصممة لجذب إشعاره وجعله بأنه محط اهتمام الآخرين وإعجابهم . ويعد الانتباه وجه من الوجوه الواسعة لسمات الشخصية العدائية واسعة المجال autogynephilia من صورة الشهوة الجنسية لدى الذكور / والذى قد يرتبط كذلك بفكرة أو من صورة كونها امرأة .

إبطال فعل الابتعاد عن الظروف المرتبطة بالتوتر؛ الميل إلى الأنشطة ، والبعد عن الحالات التي تذكر الفرد بحدث 'مجهد من ذوي الخبرة .

انعدام الإرادة وعدم القدرة على البدء والاستمرار في الأنشطة الهادفة الموجهة : وترتبط بانعدام الإرادة المنتشر، والذى يمنع الشخص من إكمال العديد من أنواع مختلفة من الأنشطة (مثل العمل ، والمهام الفكرية والمعرفية ، إضافة إلى الرعاية الذاتية) .

الفجيعة : وهى حالة من خلال موت شخص ممن هو على علاقة وثيقة بالفرد : وتشمل مجموعة من الأحزان والحداد وردود الإيقاعات البيولوجية / انظر فى هذا الدليلDSM-5 إيقاعات الساعة البيولوجية .

وقد تتضح حالات من قسوة عدم الاهتمام بمشاعر أو مشاكل الآخرين ، وعدم الشعور بالذنب أو الندم حول الآثار السلبية أو الضارة للأفعال الصادرة من الفرد تجاه الآخرين . ويميز تلك الحالة قسوة الوجه ، كأحد الوجوه واسعة النطاق للدلالة على سمة العداء الكامنة مع تلك الشخصية .

جمدة الحث السلبي ويقارن مع المرونة الشمعية flexibilitas cerea[1] . مع حلقات جمود نتيجة خسارة ثنائية مفاجئة ، ويترافق مه وهن العضلات مما يؤدي إلى انهيار الفرد ، والذى قد يحدث بالتعاون مع العواطف المكثفة مثل الضحك والغضب في كثير من الأحيان ، أو الخوف ، أو المفاجأة .

إيقاعات الساعة البيولوجية الاختلافات الدورية في الوظيفية الفسيولوجية والبيوكيميائية ، ومستوى نشاط النوم واليقظة ، والحالة العاطفية ، وإيقاعات الساعة البيولوجية على مدار ٢٤ ساعة ، مع حدوث إيقاعات متجاوزه على مدار دورة أقصرها ليوم واحد ، وتلك الإيقاعات مه هذه الدورة التي قد تستغرق أسابيع أو شهور .

نماذج الاضطرابات الشخصية فى الدليل DSM-5 :

يمثل اضطراب النمو الجنسى ، حالة من الانحرافات الجسدية الفطرية الكبيرة ، والتى قد تنجم من الجهاز التناسلي ، أو من التناقضات بين المؤشرات البيولوجية لدى الذكور والإناث .

وتتضح فى الارتباك حول وقت اليوم ، والتاريخ ، أو الموسم (الوقت)؛ وقد ينسب إلى تغيير (المكان) ، أو نتيجة لحالة (تفكك الشخصية) .

التفكك هو آلية مركزية للاضطرابات الفصامية : ويستخدم هذا المصطلح أيضاً لوصف فصل فكرة من عاطفية مهمة ، والتى قد تكون - كما رأينا من قبل - غير لائقة وقد تحدث تأثيراً فى الفصام . وفي كثير من الأحيان قد تحدث نتيجة لصدمة نفسية ، وقد يسمح التفكك للفرد (للحفاظ على الولاء لحقيقتين متناقضتين في حين يبقى فاقد الوعي نحو هذا التناقض) . ومن تبعات التفكك المتطرف ظهور اضطراب الهوية الفصامي ، في الشخص الذي قد يحمل العديد من الشخصيات المستقلة .

---

(١) المرونة الشمعية flexibilitas cerea شرط يتميز بالخمول، نقص responsiveness إلى المحفّزات، ويميل لإبقاء موقف ثابت . تميل الأطراف إلى البقاء في مهات تضعهم وضوعون (مرونة شمعية). داء الجمدة قد يرتبط بالاضطرابات الذهانية (ومثال على ذلك: داء فصام ، (Catatonic، مخدّر نظام عصبيtoxicity ، وشروط أخرى.

صعوبة في التركيز وتشتت المهام ؛ ويتم تحويل انتباهه بسهولة بواسطة المحفزات الدخيلة ؛ مع صعوبة في الحفاظ على السلوك الذى يركز على الهدف ، بما في ذلك التخطيط وتنفيذ المهام .

ويعد التشتت هو وجه من وجوه سمات تلك الشخصية واسعة المجال Dislnhlbmon . أما رتة اضطراب إنتاج صوت الكلام ، فقد يعود بسبب ضعف الهيكلية الحركية التي تؤثر على جهاز النطق . وتشمل مثل هذه الاضطرابات الحنك المشقوق ، واضطرابات العضلات ، واضطرابات الأعصاب القحفية ، والشلل البصلي الهيكلى الذى يؤثر على المخ (أي ، اضطرابات الخلايا العصبية الحركية العليا والسفلى) .

خلل الحركة تشويه الحركات الطوعية مع نشاط العضلات غير الطوعي وهو يحدث انزعاج (المزاج المنزعج) وهناك شرط آخر في الشخص الذي يواجه تلك المشاعر المكثفة من الاكتئاب ، والسخط ، واللامبالاة في بعض الحالات مع العالم المحيط بهم .

أما الاضطرابات الابتدائية من النوم Dyssomnias أو اليقظة فتتميز بالأرق أو فرط النوم وتتحدد الأعراض الرئيسة له فى الاضطرابات الكمية ، والنوعية ، أو عبر توقيتات النوم .

المقارنة مع باراسومنياس . يبدو أن الاكتئاب ، يتفق مع اثنين أو أكثر من الإجراءات التالية :

١) ضعف الشهية أو الإفراط في تناول الطعام .
٢) الأرق أو hypersonnnia
٣) انخفاض الطاقة أو التعب .
٤) تدني احترام الذات .
٥) صعوبة اتخاذ القرارات .
٦) مشاعر اليأس .

خلل التوتر المختل للعضلات :

الانحراف الفردي ، والسلوك غير عادي ، أو الغريب : سواء فى المظهر العام ، أو وجود خطاب لأفكار غريبة وغير متوقعة ؛ بأن يقول أشياء غير عادية أو غير لائقة .

مع شذوذ فى وجه من الوجوه واسعة النطاق Psychoticism مثل سمات الشخصية ، واللفظ الصدوي المرضي ، وتكرار ما يبدو أنه لا معنى له (مرددا) من كلمة أو عبارة نطقت للتو من قبل شخص آخر .

أداء صدوي يحاكى تحركات أخرى : مع عدم الاستقرار العاطفي المعطوب من التجارب العاطفية والمزاجية ؛ مع المشاعر المثيرة والمكثفة ، كما يتميز بالعطوب العاطفي عطوبية كوجه من وجوه وجدان سمة الشخصية ذات النطاق السلبي الواسع .

نقص التعاطف والفهم والتقدير مع تجارب الآخرين ودوافعهم ؛ التسامح من اختلاف وجهات النظر؛ فهم آثار السلوك الخاصة على الآخرين .

أما الحلقة (العرضية) والمحدد المدة الزمنية والمتوافقة مع الأعراض التي تلبي معايير التشخيص لاضطراب عقلي معين . وذلك تبعاً لنوع الاضطراب العقلي ، وقد تدل الحلقة على عدد معين من الأعراض أو الشدة المحددة أو تواتر الأعراض . وقد تكون الحلقات متباينة باعتبارها حالة واحدة (الأولى) أو متكررة ، أو تشكل انتكاس لحلقات متعددة .

وقد تواجه الحالة العقلية والعاطفية النشوة لدى الشخص الذي يحمل مشاعر مكثفة من الغبطة والسعادة والإثارة ، والفرح ، والتعب والميل ليصبح منهكاً بسهولة . (وتسمى أيضاً بالإرهاق والتعب والخمول ، والوهن ، والكسل ، والإنهاك ، وفتور الهمة) والتى عادة ما ترتبط مع ضعف أو نضوب حالة المرء الجسدية أو الموارد العقلية ، بدءا من حالة عامة من اللامبالاة المحددة ، والناجمة عن العمل ، مع ظهور حرقان في العضلات ، مع الإرهاق البدني الذى يؤدي إلى عدم القدرة على مواصلة العمل على مستوى واحد من النشاط العادي ، وتصبح هذه الأعراض الثقيلة ملحوظة عادة خاصة خلال الممارسة الثقيلة مع تلك الأعراض .

التعب الذهني ، على النقيض من ذلك ، وفي معظم الأحيان يظهر (النعاس) كردود فعل عاطفية لتهديد وشيك أو متصور ، أو نتيجة ترقب خطر متصور ، أو نتيجة لحدث سابق أليم كما لو كان يحدث في تلك اللحظة .

هروب الأفكار والتدفق المستمر المتسارع فى الكلام مع التغيرات المفاجئة من موضوع إلى موضوع آخر ، والذى عادة ما يرتبط بتشتت المحفزات ، أو يلعب على

الكلمات . وعندما يكون هذا الشرط شديداً ، قد يشكل خطاب غير منظم ، وغير متماسك بين الجنسين والجمهور (وعادة لا يعترف به قانونا) وينظر معه إلى العوامل البيولوجية المساهمة في التفاعل الاجتماعية والنفسية مع عوامل النمو بين الجنسين .

الإحالة الأولى سواء كان (ذكرا / أو أنثى) والذي يختص بنوع جنس المولود بعد الولادة . وقد يحدث انزعاج يصاحبه تناقض - تشوهات جنسية أحياناً - وهو ما يدركه ذوي الخبرة ، والذى يمكن حدوثه بعد الولادة .

أما التجربة الفريدة من نوعها بين الجنسين فتتحدد فى الخبرات الشخصية التي يتعرض لها الأفراد بين الجنسين في سياق أدوار الجنسين التي تقدمها مجتمعاتهم . مثل التعبير بين الجنسين والطرق المحددة التي تُسن لأدوار الجنسين المقدمة في مجتمعاتهم .

الهوية الجنسانية الفئة **A** تُشير الهوية الاجتماعية إلى هوية الفرد كما لدى جميع الذكور والإناث ، وفي بعض الأحيان ، لدى بعض فئة أخرى من الذكور أو الإناث . وقد يتم التغيير بين الجنسين إما طبياً (الهرمونات ، والجراحة) أو قانونياً (اعتراف الحكومة) ، أو كليهما . وفي حالة التدخلات الطبية ، غالباً ما يشار إلى تغيير الجنس .

هلوسة هندسية النظر :

الهلوسة تجربة مثل التصور / رغم وضوحها وتأثيرها على التصور الصحيح ، ولكن من دون مؤثر خارجي من الجهاز الحسي ذات الصلة . وينبغي التمييز بين الأوهام ، والتي تمثل حافز خارجي فعلي وخاطئ . كما يجوز للشخص أن يكون أو لا يكون فى حالة تبصر حول طبيعة الهلوسة . والشخص قد يهلوس عبر تجربة حسية كاذبة ، بينما آخر قد يكون مقتنعا بأن التجربة حقيقية - رغم أنها زيفاً - بل ويؤكد على عدم واقعيتها .

ولا يتم تطبيق معايير الهلوسة عادة استناداً إلى التصورات الخاطئة التي تحدث أثناء الحلم ، في حين النوم (منوم) ، أو بعد الاستيقاظ من النوم (متابعة النوم) قد يحدث خبرات الهلوسة بصورة عابرة دون اضطراب عقلي هلوسى سمعي ، والذى قد ينطوى على إدراك الصوت ، وهو الأكثر شيوعاً من غيره .

الهلوسة البصرية تشمل الأشكال الهندسية مثل الأنفاق والمداخل ، اللوالب ، السياج ، أو خيوط العنكبوت . كما تنطوى الهلوسة عادة على تصور طعم (غير سار) مع المزاج العام والمنسجم مع سمات الشخص الذهاني كما تنطوى هلوسة حاسة الشم على تصور رائحة ، مثل حرق المطاط أو الأسماك المتحللة .

وهناك هلوسة جسدية تنطوي على مفهوم التجربة المادية المترجمة داخل الجسم (على سبيل المثال ، شعور بالكهرباء) . أو مع هلوسة جسدية ، وينبغي التفريق بين الأحاسيس المادية الناشئة عن العامة كما هي ، وبين غير المشخصة كحالة طبية ، من الانشغال بالأحاسيس العادية ، أو مع الهلوسة عن طريق اللمس ، والتي تنطوي على تصور ما يجري لمسه ، أو من شيء يجري تحت الجلد . وتعد الهلوسة عن طريق اللمس الأكثر شيوعاً ، وخاصة الإحساس بالصدمات الكهربائية والتنميل (والإحساس شيء يزحف أو الزحف العام تحت الجلد) .

وتنطوي الهلوسة البصرية على البصر ، والتي قد تتكون من الصور التي جرى تشكيلها ، مثل الناس ، أو الصور غير متشكلة ، مثل ومضات من الضوء .

وينبغي مع (الهلوسة البصرية) التفريق بين الأوهام ، والتي تمثل مفاهيم خاطئة من المحفزات الخارجية الحقيقية / وبين مشاعر العداء والغضب الثابتة أو المتكررة ؛ وبين الغضب أو التهيج ردا على الازدراء أو الإهانات ؛ أو السلوكيات السيئة ، أو الانتقام .

العداء هو وجه من وجوه واسعة لسمة شخصية عداء المجال المحيط ، والذى يمتد فيه السمع ، ويزيد الإدراك السمعي .

Hyperorality هناك شروط أخرى منها :

- فرط الرغبة الجنسية والرغبة تكون أقوى من المعتاد خاصة فى النشاط الجنسي .
- النعاس المفرط ، والذى يتضح من النوم الليلي لفترات طويلة ، وصعوبة الاستيقاظ .
- الحفاظ على حالة اليقظة في حالة تأهب خلال النهار ، أو غير مرغوب فيه من حلقات النوم أثناء النهار .

- الحساسية الحسية المبالغ فيها من كثافة السلوكيات التي تهدف للكشف عن التهديدات ، ويرافقها أيضاً اليقظة المفرطة Hypervigilance [1] .
- حالة من القلق المتزايد الذي يمكن أن يسبب الإرهاق ، وتشمل الأعراض الأخرى زيادة الشهوة بشكل غير طبيعي ، والاستجابة للمؤثرات العالية ، والمسح المستمر لبيئة التهديدات .
- البحث عن مشاهد ، أو أصوات الناس ، والسلوكيات ، والروائح ، أو أي شيء آخر يمكن أن يذكر بالتهديد أو الصدمة . يوضع الفرد في حالة تأهب قصوى من أجل أن يكون على يقين بأن الخطر غير قريب ، ويمكن أن يؤدي إلى مجموعة متنوعة من أنماط السلوك القهري ، وكذلك إلى إنتاج صعوبات في التفاعل الاجتماعي .
- هوس خفيف ، وخلل في المزاج العام تشبه الهوس لكن بكثافة أقل .
- ضعف التنفس (عبر حلقات التنفس الضحل) بشكل مفرط أو مع انخفاض معدل التنفس بشكل غير طبيعي .
- أفكار مرجعية ، والشعور بأن الحوادث السببية والأحداث الخارجية خاصة بهم ، ولها معنى غير عادي وتقتصر على الشخص نفسه ، ويشار إلى فكرة عدم تمييز / الوهم المرجعي ، قد يعود إلى اعتقاد جازم مع القناعة الوهمية .
- هوية الذات فريدة من نوعها ، مع حدود واضحة بين الذات والآخرين ؛ وذلك بالتوازى مع استقرار الثقة بالنفس ودقة التقييم الذاتي .
- الوهم وسوء الفهم أو سوء التفسير ، يعد بمثابة حافز خارجي حقيقي ، مثل السمع وسرقة الأوراق والأصوات .
- الاندفاع الارتجالي في الاستجابة للمؤثرات المباشرة ؛ يعد تصرفاً يتم على أساس لحظة تمر من دون خطة أو بدون النظر في النتائج ؛ والشعور بالإلحاح وسلوك

---

(١) يقظة مفرطة Hypervigilance وترتبط بالحساسية المصحوبة ، والمبالغ فيها من كثافة من السلوكيات التي تهدف للكشف عن التهديدات . ويرافقها يقظة مفرطة أيضا وحالة من زيادة القلق الذي يمكن أن يسبب الإرهاق ، وغيرها من الأعراض تشمل : زيادة غير طبيعية من الإثارة ، واستجابة عالية للمحفزات .

إيذاء النفس بموجب المحنة العاطفية ، كما يعد هذا الاندفاع وجه من وجوه واسعة النطاق تشمل سمات الشخصية .

- تنافر الكلام أو التفكير غير المفهوم للآخرين عند ضم كلمة أو عبارات معا دون اتصال منطقي أو ذات مغزى . وهو ما يحدث اضطراب في الأحكام ، وغالباً ما يشار إلى هذا الانحراف المنطقى بالفوضى اللغوية . كما أن هذه الاصطلاحية تستند على خلفيات إقليمية أو ثقافية معينة ، وتفتقر إلى التعليم ، وعموماً فإن هذا المصطلح عموما لا يطبق عندما تكون هناك أدلة على أن الاضطراب في الكلام يرجع إلى فقدان القدرة على الكلام .
- الأرق شكوى شخصية يترافق مع صعوبة في النوم أو البقاء متيقظاً ، أو سوء نوعية النوم .
- عمق العلاقة الحميمة ومدة اتصاله مع الآخرين .
- الرغبة والقدرة على التقارب المتبادل فيما ينعكس على سلوك الأفراد .
- العلاقة الحميمة ، وتجنب علاقات وثيقة أو رومانسية ، والتجنب كوجه من وجوه واسعة لسمات الشخصية المفرزة لهذا المجال .
- اللامسؤولية وعدم احترام الشئون المالية ، وغيرها من الالتزامات ؛ وعدم الاحترام ، مع اللامسؤولية وعدم احترام وعوده ؛ واللامبالاة فى التعامل مع ملكية الآخرين .
- اللغة البراجماتية (النفعية) وسؤ الفهم واستخدام اللغة في سياق معين ، والخمول وخفض حالة النشاط العقلي ، كما يتميز بالبطء ، والنعاس ، وانخفاض اليقظة .
- صعوبة الإدراك البصري Macropsia بأن يرى الأجسام هي أكبر مما هي عليه في الواقع / بالمقارنة مع رؤية مستصغرة .
- التفكير السحري والاعتقاد الخاطئ بأن المرء الأفكار ، والكلمات ، أو الإجراءات ستتسبب فى منع نتيجة محددة في بعض الطريق التي تتحدى قوانين مفهومة من السبب والنتيجة ، وقد يكون التفكير السحري جزء من نمو الطفل الطبيعي .
- الهوس والحالة النفسية المرتفعة ، والتوسعية ، أو عصبية المزاج ، مع استمرار زيادة مستوى النشاط والطاقة .

- استخدام الحيل للتأثير أو السيطرة على الآخرين ، واستخدام الإغواء ، والعفوية ، لتحقيق غاياته كوجه من وجوه واسعة النطاق لسمة العداء كسمة من سمات الشخصية .
- تأنق كنمط غريب ومميز لفردية الحركة ، والعمل ، والفكر ، أو الكلام .
- سوداوية (السوداوي) الحالة النفسية التي تتميز باكتئاب حاد جدا .
- رؤية مستصغرة للإدراك البصري بأن الأجسام هي أصغر مما هي عليه في الواقع ، وذلك بالمقارنة مع أعراض مختلطة ومحددة " مع ميزات مختلطة " والتى يتم تطبيقها على حلقات المزاج خلال تلك الأعراض الموجودة . في حين أن هذه الأعراض المتزامنة " المختلطة " في وقت واحد / تُعد نسبية وليست مطلقة ، فهى قد تحدث أيضاً عن كثب جنبا إلى جنب في ذات الوقت ، مع انحسار الأعراض الفردية القطبية العكسية (أي أعراض الأكتئاب خلال هوس خفيف أو نوبات الهوس ، والعكس بالعكس) .

معدل انتشار المزاج والعاطفة المشترك وتشمل أمثلته : على المزاج والأكتئاب ، والغبطة ، والغضب ، والقلق، وعلى النقيض من ذلك قد يشير إلى المزيد من التغييرات المتقلبة في الجوانب العاطفية ، والذى يشير إلى المزاج العاطفي " المستقر " .

أما معدل الانتشار لأنواع المزاج المستمرة فتشمل مزاج منزعج غير سار ، مثل الحزن ، والقلق ، والتهيج أو مع ارتفاع شعور مبالغ فيه ، أو مع النشوة أو الغبطة . وشخص المعيار (A) ارتفاع المزاج بوصف الشعور " العالي " ، " والنشوة " ، " على قمة العالم " أو "حتى السحاب . والمزاج يشير إلى مجموعة "طبيعية " ، وهو ما يعني عدم وجود اكتئاب / أو مع مزاج مرتفع .

سريع الانفعال بالضيق والغضب بسهولة : المزاج العام والمنسجم مع ملامح ذهانية الأوهام أو الهلوسة مضمونها يتفق تماما مع موضوعات نموذجية من المزاج المكتئب أو الهوس . إذا كان مزاج الاكتئاب سائداً ، فإن محتوى الأوهام أو الهلوسة تشمل موضوعات شخصية بعدم كفاية ، والشعور بالذنب ، والمرض ، والموت .

أما محتوى الوهم فقد يشمل موضوعات الاضطهاد الذى يستند على حط النفس وفقاً لمفاهيم مثل العقاب الذى يستحقه . وإذا كان المزاج هو الهوس ، فإن محتوى

الأوهام أو الهلوسة سيشمل موضوعات ترتبط بالمعرفة ، أو الهوية ، أوعلاقة خاصة بشخص مشهور ، كما يمكن أن يشمل محتوى الوهم موضوعات الاضطهاد المستند على مفاهيم مثل التضخيم المبالغ فيه .

غير منسجم مع المزاج بملامح ذهانية وأوهام أو هلوسة ويرتبط محتواه بموضوعات غير نموذجية من المزاج المكتئب أو الهوس . وفي حالة الاكتئاب ، فإن الأوهام أو الهلوسة تنطوي على موضوعات بعدم كفاية الشخصية ، والشعور بالذنب ، والمرض ، والموت العدمي ، أو العقاب المستحق .

متعدد : كمون النوم Polysomnographie من بداية فترة النوم ، مع العديد من دورات النوم / واليقظة القصيرة يتم تقييمها خلال جلسة واحدة ، ويتم بقياس الوقت من بدء النوم نهاراً مرارا وتكرارا لقياس ("كمون النوم") مع بدء وقت مرحلة النوم / وحركة العين السريعة ، مع القليل جدا من الاستجابة اللفظية (في غياب حبسة معروفة) .

اضطراب النوم الخدار والذى يتميز بفترات النعاس الشديد والمتكرر :

هفوات النهار في النوم (هجمات النوم) . يجب أن تحدث لمدة ثلاثة مرات – على الأقل – في الأسبوع على مدى الثلاثة أشهر الماضية (في غياب العلاج) .

أما الوجدان السلبي مع التجارب المتكررة والمكثفة للمستويات العالية مع مجموعة واسعة من المشاعر السلبية (على سبيل المثال : القلق ، والاكتئاب ، والشعور بالذنب/ العار ، والقلق ، والغضب) ، والسلوكية الخاصة (على سبيل المثال ، إيذاء النفس) والشخصية (على سبيل المثال ، التبعية) ومن مظاهره كذلك سلبية الوجدان ، وهي واحدة من مجالات سمات الشخصية المرضية الخمسة المحددة في القسم الثالث " البديل فى الدليل الحالى DSM-5 كنموذج لاضطرابات الشخصية السلبية المعارضة للاقتراح أو المشورة ، أما السلوك المعاكس لتلك الحالة المحددة أو ضد رغبات الآخرين ، بما في ذلك المقاومة المباشرة للجهود الداعمة التي يمكن تقديمها من الآخرين .

متلازمة ليلة الأكل لنوبات متكررة من تناول الطعام ليلا : كما يتجلى ذلك من خلال تناول الطعام بعد صحوة من النوم أو الإفراط في استهلاك الطعام بعد تناول

وجبة المساء ، ولا يتم احتساب تناول الطعام ليلا من قبل التأثيرات الخارجية مثل التغييرات في دورة النوم واليقظة ، وفقاً لمعايير الفرد المحلية والاجتماعية .

اضطراب كابوس الحوادث المتكررة للتمديد ، المزعج للغاية ، wellremembered مثل الأحلام التي تنطوي عادة على جهود تجنب الأخطار التي تهدد البقاء والأمن أو السلامة البدنية ، أو تنطوى على الصحوة من الأحلام المزعجة (الكابوس) ، والتي تحدث عادة خلال النصف الثاني من حلقة النوم الرئيسة .

إدمان الاضطراب السلوكي (ويسمى أيضاً الإدمان السلوكي) ذات الصلة بأي مادة من سوء المعاملة التي تشترك في بعض الخصائص الناجمة عن مادة الإدمان . والهاجس المتكرر من الأفكار الثابتة ، وحث الصور الذى يتم من ذوي الخبرة ، في بعض الأوقات أثناء الاضطرابات ، كما قد يحدث تدخلا غير مرغوب فيه لدى معظم الأفراد ، مما يتسبب فى القلق أو الضيق الملحوظ ، وقد تتم محاولات فردية لتجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار ، أو لتحييدهم مع بعض الأفكار أو غيرها من الإجراءات (أي عن طريق إجراء إكراه) بهدف تقديم العلاج .

إفراط تناول الكثير من الطعام بسرعة كبيرة جدا :

المبالغة فكرة اعتقاد مستدامة وغير معقولة والتي يتم الاحتفاظ بها بأقل من شدة الوهمية (أي أن الشخص قادراً على الاعتراف بإمكانية الاعتقاد بأنه قد لا يكون صحيحا) . ويبدأ الاعتقاد بتقبله - عادة - من قبل أعضاء آخرين من نفس ثقافة الشخص أو من ثقافة فرعية .

هجمات الذعر المتقطعة من فترات من الظهور المفاجئ من الخوف الشديد أو الرعب ، والذى غالباً ما يرتبط مع مشاعر الموت الوشيك . وخلال هذه الهجمات هناك أعراض مثل ضيق في التنفس أو اختناق الأحاسيس ؛ والخفقان ، وقصف القلب ، أو تسارع معدل ضربات القلب ، وألم في الصدر أو عدم الراحة؛ والشعور بالاختناق ، والخوف من الجنون أو فقدان السيطرة .

قد تكون نوبات الهلع غير متوقعة ، والتي لا ترتبط بداية الهجوم مع الزناد (متأهبة تماماً) ، وبدلا من ذلك يحدث غير المتوقع ، والذي ويرتبط بهجوم الذعر

الواضح ، (إما داخلية أو خارجية) تفكير المذعور أقل من النسب الوهمية ، التي تنطوي على ارتياب أو الاعتقاد بأنه يتعرض للمضايقات والاضطهاد ، أو المعاملة غير العادلة .

اضطرابات النوم باراسومنياس والتي تنطوي على سلوكيات غير طبيعية أو أحداث فسيولوجية تحدث أثناء النوم أو مع التحولات ما بين النوم واليقظة ، وقد يحدث توقف عن وظيفية فعالة ؛ أو مع استمرار نفس السلوك ، وذلك على الرغم من الفشل المتكرر أو يحدث دون أسباب واضحة لوقفه كوجه من الوجوه واسعة النطاق لسمات الشخصية السلبية .

أنماط الإدراك والتفكير المتصلة بالشخصية : سمات الشخصية هي الجوانب البارزة للشخصية المتسقة نسبيا عبر الزمن وعبر المواقف والصفات الشخصية التى تؤثر على النفس وعلى أداء الشخصية ، وذلك اعتمادا على درجة الشدة والعاهات في أداء وسمات الشخصية ، والذى قد يعكس عن وجود اضطراب في الشخصية .

اضطراب الشخصية كسمة محددة في القسم الثالث " البديل فى دليل DSM-5 كنموذج لاضطرابات الشخصية " وهي فئة التشخيص المقترحة للاستخدام مع اضطراب الشخصية ، ورغم أنها موجودة ، إلا أنها لا تفى بمعايير اضطراب محدد .

ويعرف اضطراب الشخصية كسمة محددة (PD-TS) من خلال ضعف كبير في عمل الشخصية ، مقاسا بمستوى مقياس أداء الشخصية ، وذلك مع واحدة أو أكثر النطاقات المرضية لسمات الشخصية أو لجوانب سمات الشخصية . PD-TS والمقترحة في دليل DSM-5 ويقع فى القسم الثالث / كبديل محتمل في المستقبل لغيرها من اضطرابات الشخصية المحددة ، وغير المحددة .

تُعد سمة الشخصية أحد جوانب مكونات الشخصية المحددة ، والتى تشكل الشخصية عبر خمسة من المجالات الواسعة ، في تصنيف الأبعاد من القسم الثالث " البديل DSM-5 كنموذج لاضطرابات الشخصية" ، وعلى سبيل المثال : العداء واسع النطاق ، والغرور ، والعظمة ، HON-ATTEN ويشمل القسوة ، والعداء .

أما مجالات سمات الشخصية في تصنيف أبعاد من القسم الثالث " البديل فى دليل DSM -5 كنموذج لاضطرابات الشخصية " ، والذى يتم تنظيمه في خمسة مجالات سمات الشخصية الرئيسة وهي :

الوجدان السلبي ، المفرزة (تأثير المواد البايوكيميائية الفعالة ، والعداء ، والنفسية ، والذهانية **Choticism** . ضمن هذه المجالات الخمسة هناك سمات واسعة من جوانب محددة من (٢٥ سمة) للشخصية (على سبيل المثال ، الاندفاع ، والكمالية ، والتصلب) . رهاب الخوف المستمر من كائن محدد ، مع النشاط ، أو الوضع (أي التحفيز الرهابي) والذى يشير إلى الخطر الفعلي الذي يمثله كائن معين ، أما التحفيز فهو يشير إلى الرهابي الذى يعانى من الضائقة الملحوظة . بيكا الأكل[1] الثابتة للمواد غير الغذائية Nonnutritive على مدى فترة شهر واحد على الأقل .

أكل المواد غير الغذائية Nonnutritive غير المناسبة لمستوى نمو الفرد (ويقترح سن أدنى من سنتين للتشخيص) . أما سلوك الأكل فليس جزءا من ممارسة مدعومه ثقافيا أو اجتماعيا بصفة معيارية . ويعرف أيضاً باسم دراسة النوم ، والذى يقاس بالاختبار المستخدم في دراسات النوم ، كأداة تشخيصية في طب النوم ، وتسمى نتيجة الاختبار polysomnogram ، والذى يرصد كذلك العديد من وظائف الجسم ، بما في ذلك الدماغ (المخ) ، وحركات العين (تخطيط العين الكهربي) ، ونشاط العضلات أو الهيكل العظمي ، وتنشيط العضلات (الكهربى) ، وقياس إيقاع القلب (الكهربي) .

ضبط وضع العفوية النشطة (كما في الجامود) . والتى قد تشكل مواقف غير طبيعية أيضاً كعلامة من بعض الإصابات في الدماغ أو الحبل الشوكي ، بما في ذلك ما يلي : -

---

(١) مرض البيكا عبارة عن اضطراب صحي يتمثل في شهية المريض لمواد غير صحية أو غير غذائية مثل الورق والطباشير والنايلون والفحم وغيرها أو هي شهية لمواد تعتبر غذائية ولكنها غير مغذية أو ناضجة مثل الطحين والنشا والأرز والبطاطا النئ أو الملح. وحتى يعتبر حالة مرضية يجب أن تستمر الأعراض لأكثر من شهر والمصطلح جاء من تسمية لاتينية لطائر الغراب ماجباي والذي يأكل أي شيء والبيكا تنتشر في كافة الأعمار وخصوصا النساء الحوامل أو الأطفال أو المتخلفين عقليا.

١. جمود الفكر وتراخي الذراعين والساقين ، وتقوس الرأس إلى الخلف .
٢. جمود الجسد ، وضعف حركة الساقين .
٣. تشنج الظهر، في الجزء الخلفي ، ويتم طرح رئيس للجسم إلى الوراء ، وقد يتأثر الشخص بالتناوب بين المواقف المختلفة والتغييرات المشروطة .
٤. ضغوط على الكلام الذي يتم زيادته ، وتسارعه ، وصعبا ، أو يصبح من المستحيل مقاطعته والذى عادة ما يكون بصوت عال ، وكثيراً ما يتحدث الشخص دون أي تنبيه لمعايير اجتماعية ، كما يمكن أن يستمر في التحدث حتى ولو لم يستمع إليه أحد .

بادرة العلامات المبكرة أو المنذرة :

مثل الاعتقاد الخاطئ بأنها حامل والمقترن بعلامات موضوعية ويستمر التحدث عن أعراض الحمل ، وتتميز بالضيق النفسي مع مجموعة من الأعراض وتجارب الحياة الداخلية للشخص التي غالباً ما تكون مزعجة ، ومربكة ، أو خارجة عن المألوف . أما التدابير السيكومترية الموحدة مثل الجداول والاستبيانات والاختبارات والتقييمات التي تم تصميمها لقياس المعرفة البشرية ، والقدرات ، والمواقف ، أو سمات الشخصية .

الانفعالات النفسية المصاحبة للنشاط الحركي الزائد والمرتبط فى الشعور بالتوتر الداخلي . وهذا النشاط هى غير منتجة ومتكررة ، ويتكون من سلوكيات مثل السرعة ، والتململ ، وفرك اليدين ، وسحب من الملابس ، وعدم القدرة على الجلوس هادئا .

التخلف النفسي يتصل بتباطؤ معمم مرئي من الحركات والكلام . أما ميزات الملامح الذهانية فهى الأوهام والهلوسة ، واضطراب الفكر الرسمي **psychoticism** / وهناك مجموعة واسعة من المصطلحات المتعارضة ثقافيا لوصف الحالة مثل : غريب الأطوار ، أو السلوكيات والإدراك غير عادي ، بما في ذلك عملية (على سبيل المثال ، التصور ، والتفكك) ،أما المحتوى (على سبيل المثال ، فيتم فى المعتقدات) . وذلك فى واحدة من مجالات السمات الشخصية الخمسة المعرفة في القسم الثالث "البديل **DSM-5** كنموذج لاضطرابات الشخصية ." ويشمل :

تطهير اضطراب الأكل ، ويتميز بسلوك التطهير المتكرر بهدف فقد الوزن أو الشكل ، مثل التقيؤ الذاتي ، وسوء استعمال المسهلات ، ومدرات البول ، أو مع الأدوية الأخرى ، في غياب الشراهة عند تناول الطعام . وقد تتسابق الأفكار التي تجلب العقل دون حسيب ولا رقيب حتى الأفكار العشوائية والذكريات ، وفي بعض الأحيان الأفكار هي ذات الصلة ، مع فكر واحد مما يؤدي إلى آخر ، وفي أحيان أخرى يكون عشوائياً تماما .

ولا يملك الشخص الذى يعاني من حلقة الأفكار السابقة من السيطرة عليها ، مع عدم القدرة على التركيز على موضوع واحد ، أو حتى إلى النوم .

أما مصطلح ركوب الدراجات السريعة فهو إشارة إلى الاضطراب الثنائي القطب والذى يتميز بحضور ما لا يقل عن أربع حلقات مزاجية فى العام خلال (الـ ١٢ شهراً السابقة) والتي تلبي المعايير الخاصة بالهوس ، والهوس الخفيف ، أو نوبة اكتئاب كبرى . وقد يتم ترسيم الحلقات إما جزئية أو كاملة مع الهجوم (من شهرين) على الأقل أو عن طريق التحول إلى حلقة قطبية معاكسو (على سبيل المثال ، حلقة اكتئابي لنوبة جنون) . ويمكن تطبيق محدد للدراجات السريعة نحو اضطراب ثنائي القطب الثاني .

حركة العين السريعة التي (**REM**) وهناك علامة سلوكية أخرى أثناء مرحلة النوم والتى من المرجح أن تعاني الحالة من نشاط عقلي أثناء النوم .

خطاب التكرار شكلى التعبيرغير المتجانس : الفترة المتبقية بعد حلقة من إنتهاء مرض انفصام الشخصية - جزئيا أو مع الانتهاء منه - ولكن قد تبقى بعض أعراضه ، ومنها الخمول ، ومشاكل مع التركيز ، وقد يسود الانسحاب من الأنشطة الاجتماعية ، مع متلازمة تململ الساقين ، والرغبة الملحة لتحريك الساقين ، وعادة ما يصاحبه أحاسيس غير مريحة ، وغير سارة في الساقين (متلازمة تململ الساقين للأطفال ، يجب أن توصف هذه الأعراض مع عبارة، الطفل الخاصة) .

وتبدأ تلك الأعراض أو تسوء أثناء فترات الراحة أو الخمول : أما الأعراض الجزئية أو يمتنع تماما من الحركة . أما الأعراض الأسوأ فتبدأ في المساء أو في الليل ، أو فى النهار أو تحدث فقط ليلاً .

ويقتصر الوجدان على رد فعل يذكر بالإثارة العاطفية لتلك الحالات ؛ عبر تجربة عاطفية ضيقة مع التعبير عن اللامبالاة ، والانطواء في إشراك معياري لتلك الحالات .

أما الوجدان المحدود فهو وجه من وجوه واسعة النطاق لمفرزة سمات الشخصية ، مثل الكمالية الجامدة ، والإصرار على أن يجرى كل شيء بما لا تشوبه شائبة ، والكمال دون أخطاء / أو مع أخطاء ، بما في ذلك أداء الآخرين الخاص نحوهم ؛ والتضحية من توقيت ضمان صحة كل التفاصيل ؛ الاعتقاد بأن هناك طريقة واحدة فقط صحيحة للقيام بكل الأشياء ؛ والذى يترافق مع صعوبة في تغيير الأفكار أو وجهة نظر ؛ والانشغال بالتفاصيل ، والتنظيم ، والنظام . أما عدم وجود الكمالية الجامدة فهو وجه من وجوه سمات الشخصية واسعة المجال .

مخاطرة المشاركة الذاتية في الأنشطة المضرة والخطيرة وربما تكون محفوفة بالمخاطر ، وربما ، دون داع ودون اعتبار للعواقب ؛ وعدم الاهتمام بالقيود ، مع فقدان واقع الخطر على الذات ؛ والسعي المتهور للأهداف بغض النظر عن مستوى المخاطر التي تنطوي عليها تلك المخاطرة / والتى تشير إلى أحد الوجوه واسعة النطاق لسمة الشخصية .

أما اجترار (اضطرابات الاجترار) المتكررة من المواد الغذائية على مدى فترة في لا تقل عن مرة واحدة في الشهر ، ثم يتقيأ الغذاء ، ويجوز إعادة مضغه ، وإعادة ابتلاعه ، أو بصقه ، وليس هناك دليل - مع هذه الاضطرابات - على أن الجهاز الهضمي قد يرتبط بآخر حالة طبية (على سبيل المثال ، الجزر المعدي المريئي) الكافي لحساب تلك الحالات المتكررة .

أما النمط الموسمي من حدوث اضطراب عقلي محدد : وذلك في فصول محددة من السنة THC . والذى يحدث معه توجيه ذاتي للسعي لتحقيق التماسك ذات المغزى قصير الأجل ؛ كما أن استخدام المعايير الداخلية البناءة والاجتماعية الإيجابية للسلوك ، والتى تعكس القدرة على الإنتاج الذاتي ، وذلك رغم مخاوف انعدام الأمن/ مع ضرورة الفصل بين الخلوة بسبب الرفض أو الانفصال عن الآخرين المهمين فى الأسرة مثلاً ، ومرجع تلك السلوكيات انعدام الثقة في قدرة المرء على رعاية نفسه ، وذلك على حد

سواء جسديا وعاطفيا . لانعدام الأمن / والانفصال كوجه من وجوه الشخصية واسعة المجال ، وكأحد سمات الوجدان السلبي .

إشارة بيولوجية للذكور والإناث (يفهم في سياق القدرات الإنجابية) ، مثل كروموسومات الجنس ، والغدد التناسلية ، وهرمونات الجنس الداخلية والأعضاء التناسلية الخارجية . أو نتيجة من حالة مرضية ، والتي Nonambiguous تلاحظ من قبل علامات يقوم به الفاحص / وذلك بدلاً من تشخيصها السابق : من قبل الفرد المتضرر .

مقارنة مع الأعراض / النوم بداية حدوث حركة العين السريعة (**REM**) بعد دقائق من مرحلة النوم . يتم التقييم عادة عن طريق **polysomnographic** اختبار الكمون المتعدد ، وذلك لقياس حلقات أهوال النوم المتكررة من آثار الرهاب المفاجئ من النوم ، وعادة ما يحدث خلال الثلث الأول من حلقة النوم الرئيسة ، والتي تبدأ مع صرخة الذعر .

وهناك الخوف الشديد وعلامات الإثارة اللاإرادية ، مثل توسيع حدقة العين ، عدم انتظام دقات القلب ، سرعة التنفس ، والتعرق ، والذى يحدث خلال كل حلقة ، أو أثناء نوبات النوم المتكررة : مثل ارتفاع من السرير أثناء النوم ،والمشي حول المكان ، وعادة ما يحدث خلال الثلث الأول من حلقة النوم الرئيسة . بينما يكون الشخص نائماً ، ويبدو أنه يحدق فى وجه الآخرين ، لكنه لا يستجيب نسبيا لجهود الآخرين للتواصل (معه/ أو معها) ولا يمكن إيقاظه إلا بصعوبة بالغة .

النعاس كحالة من شبه النوم : والذى يترافق مع رغبة قوية في النوم ، أو النوم لفترات طويلة بشكل غير عادي . وقد يشير إلى وضع : معتاد سابق في النوم / أو إلى حالة مزمنة تنطوي على كونها مستقلة مع إيقاع الساعة البيولوجية .

مقارنة مع فرط النوم : شهوة تناول الطعام المحددة رغبة لا تقاوم لأنواع خاصة من المواد الغذائية . وقد تمثل استجابة باغتة غير طوعية (انعكاسية) كرد فعل مفاجئ للتحفيز غير المتوقع ، مثل الضوضاء الصاخبة أو نتيجة حركة حادة .

النمطية / والسلوكيات النمطية / مع الحركات المتكررة ، والتى تتواجد بكثرة ، وبشكل غير طبيعي ، وقد تكون تلك الحركات الموجهة ، المدفوعة على ما يبدو ، عبر

السلوك الحركي غير الوظيفي (على سبيل المثال ، اهتزاز اليد أو تلويح الجسم الهزاز ، والضجيج الرئيس ، والعض على الذات) . بمثابة تأكيد على نمط استجابات محددة وغير محددة ، مما يدفع الشخص إلى تحفيز تلك الأحداث ، والتي تعكر صفوه (له / أو لها) وتوازنه بما يتجاوز (له / أو لها) القدرة على التعامل معها ، كما يمكن أن ´تعطل الضغوطات العاطفية والجسدية ، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية ، وغيرها ، والتي´تسهم فى تعطيل التوازن الفيسيولوجي والمعرفي والعاطفي ، أو السلوكي العادي للفرد ،كما تؤدى الضغوطات والنفسية إلى حدوث تغيير فى حياة الفرد والذى قد يترافق زمنيا (وربما سببيا) مع بداية ، واقعة تفاقم الاضطراب العقلي ، أما ذهول النشاط النفسي ، فقد يتراوح من عدم التعلق بنشاط في البيئة رغبة فى استكمال حالة الجمود ، والاستكانة للتكيف من سلوك واحد لمصالح فعلية أو متصورة ، والتى تتناقض مع رغبات الآخرين / وتتناقض حتى مع مصالح المرء نفسه .

أما الاستكانة فهى وجه من وجوه الوجدان كسمة شخصية تقع ضمن نطاق سلبي واسع . وتصنف بتحت مستوى معين/ أو مع الحد الأدنى المطلوب للتأهل لشرط معين .

أما أعراض تلك الحالات الطبية فهى لا تلبي المعايير الكاملة لنماذج التشخيص ، حيث أن تلك الأعراض هي(أقل أو أقل ندرة) من أن ´تعرف بمتلازمة ، ولكن مع ذلك يمكن تحديدها " بالمتلازمة المتعلقة الكاملة " . أما أفكار إيذاء النفس (إزهاق النفس المحرم شرعاً) والتفكير فيه ، فهى خواطر حول إيذاء النفس ، مع النظر المتعمد أو تخطيط التقنيات الممكنة للتسبب في حدوثه .

الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) فعل يسبب موت المرء عمداً :

الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) محاولة لإنهاء حياة المرء بالباطل - والمحرم شرعاً - والذى قد يؤدي إلى وفاة / نتيجة توقعات ارتياب وحساسية مع علامات من سوء نية أو ضرر شخصي ؛ أو مع الشكوك حول الولاء والإخلاص للآخرين ؛ أو مع مشاعر التعرض لسوء المعاملة ، ، أو الاضطهاد من قبل الآخرين . ويعد الارتياب هو وجه من وجوه واسعة النطاق من السمات المفرزة لتلك الشخصية .

الحالة المرضية أحد مظاهر أعراض الشخصية : يتم الإبلاغ عن الأعراض من قبل المتضررين سواء من قبل الفرد بنفسه ، أو من قبل الفاحص ، وتتم مقارنة أعراض متلازمة A كمجموعة من العلامات والأعراض ، وذلك استنادا إلى نمط الفعل المتكرر الذى شارك في حدوث تلك الحالة المرضية الكامنة ، وبطبيعة الحال يجب التركيز على النمط العائلي (الوراثى) ، أو مع تعاطى المخدرات ، أو العلاج الدوائى .

أما الشرط الذي يحفز المسار الحسي أو الإدراكي فيستند إلى الخبرات غير الطوعية التلقائية في مسار الحسية أو الإدراكية . كما يستند إلى فورة المزاج العاطفية (وتسمى أيضاً " نوبة غضب") ، والذى يرتبط عادة مع الأطفال / مع الاضطراب العاطفي ، والذى يتميز عادة عن طريق العناد ، البكاء ، الصراخ وسلوك التحدي وصراخ غاضب ، ومقاومة لمحاولات التهدئة ، وفي بعض الحالات قد يصل إلى فقدان السيطرة ، وقد تكون غير قادر على أن يظل ساكناً ، وحتى إذا تم تحقيق " الهدف له " فإنه / أو أنها) قد لا يهدأ .

أما الميل لعلاج هذه الأفكار والإجراءات على هذا النحو فمن غير الممكن أن تتم بسرعة وبصورة مفاجئة . كما يؤدى التسامح مع استخدام المخدرات مع استمرار الفرد فيها / ما يتطلب يتطلب جرعات أكبر من المخدرات لتحقيق التأثير نفسه . المتحولين جنسيا من الجنسين نتيجة لظواهر مختلفة بالنسبة لجنسهم عند الولادة ، والذى قد يتطلب العلاج الجراحى والذى قد تنطوي أيضاً في العديد ، - وليس كل الحالات الجسدية - إلى الانتقال عن طريق الجنس عبر العلاج الهرموني وجراحة الأعضاء التناسلية (" التغيير الجنسجراحى ") .

الضغوطات الصادمة أي حدث (أو أحداث) والتي قد تسبب أو تهدد وفاة أو إصابة خطيرة ، أو العنف الجنسي للفرد ، مع أحد أفراد الأسرة المقربين . مع المعتقدات والخبرات - الخاطئة - غير عادية بالاعتقاد بأن واحد لديه قدرات غير عادية ، مثل القدرات العقلية ، والقراءة ، والتحريك الذهني ، أو الفكر ؛ الخبرات غير عادية بالنسبة للواقع ، بما في ذلك خبرات الهلوسة . وبشكل عام ، لا يتم عقد تلك المعتقدات غير المعتادة ،مع نفس المستوى من القناعة كما فى الأوهام . حيث تشكل المعتقدات والخبرات غير عادية أحد وجوه مجال سمات الشخصية Psychoticism .

مرونة شمعية [١] طفيفة المقاومة لتحديد التشخيص من قبل الفاحص : وتقارن مع الجمدة ، أما الانسحاب ، فيشير إلى ميول اجتماعية فى التعامل مع الآخرين ؛ والتكتيم في الحالات الاجتماعية ؛ Avpidance والحد من الاتصالات والأنشطة الاجتماعية ، وعدم الشروع في الاتصال الاجتماعى .

ويعد الانسحاب الاجتماعى أحد الوجوه واسعة النطاق من مفرزة سمات الشخصية ، وقد يرتبط بالأفكار القلقة غير سارة أو غير المريحة ، والتي لا يمكن السيطرة عليها بوعي / حتى مع محاولة تحويل الانتباه إلى مواضيع أخرى . وفي كثير من الأحيان تكون مدعاة للقلق نتيجة الاستمرار ، المتكرر لها ، وأصل نسبة إلى الموضوع إلى قلقة (يمكن أن يعبرعن تفاهة الحدث) .

هجوم الأعصاب :

هي متلازمة بين الأفراد المنحدرين من أصل لاتيني ، وتتميز أعراض هذا الاضطراب العاطفي الشديد ، بالقلق الحاد ، والغضب ، أو الحزن ؛ وقد يصرخ دون حسيب ولا رقيب ؛ ويرفق بالبكاء؛ ويرتجف الصدر ؛ وترتفع الحرارة في في الرأس ، ويصبح أكثر فى قدرته اللفظية والجسدية العدوانية .

وتشير تجارب الفصامي (على سبيل المثال ، بتبدد الشخصية ، والغربة عن الواقع ، وفقدان الذاكرة) ، ونوبات مثل الاستيلاء أو الإغماء ، وإيماءات الانتحار (إزهاق النفس المحرم شرعاً) بارزة في بعض هذا الهجوم ، ولكنها غائبة في الآخرين .

وثمة سمة عامة بالشعور بأنهم خارج نطاق السيطرة : والكثير من تلك الهجمات يحدث كنتيجة مباشرة لحدث مُجهد متعلقة بالأسرة ، مثل خبر وفاة قريب ، أو الصراعات مع الزوج أو الأطفال ، أو مشاهدة حادث لأحد أفراد الأسرة . وقد يحدث مع أقلية من الأفراد ، بأن يطلق هذا الهجوم نحو (أياً ما كانت الفئة الاجتماعية / الأسرة وغيرها) ، وقد يعود ذلك إلى ضعف ، أو فقدان السيطرة الذى يأتى من الخبرة

---

(١) المرونة الشمعية flexibilitas cerea شرط يتميز بالخمول، ونقص responsiveness فى المحفّزات، وميل للبقاء فى موقف ثابت. وتميل الأطراف إلى البقاء في مهما تضع هم موضوعون (مرونة شمعية). وقد يرتبط بالاضطرابات الذهانية (ومثال على ذلك: داء فصام، Catatonic، مخدّر نظام عصبي toxicity ، وشروط أخرى).

المتراكمة من المعاناة ، ولم يتم العثور على علاقة لواحد فقط بين هذا الهجوم / وبين أي اضطراب نفسي محدد ، وذلك على الرغم من أن العديد من الاضطرابات ، بما في ذلك اضطراب الهلع ، وغيرها من الاضطراب الفصامي المحدد أو غير المحدد ، أو اضطراب التحويل رغم أن كل تلك الاضطرابات السابقة قد تتشارك مع هجوم الأعصاب .

يرتبط هجوم الأعصاب مع التفكير لدى عينات من المجتمع في إيذاء النفس (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، كما يرتبط بالعجز ، وتستخدم العيادات الخارجية للطب النفسي - بعد التعديل - تشخيص الأمراض النفسية ، والتعرض الصدمة ، والمتغيرات الأخرى .

ومع ذلك ، فإن بعض هجوم الأعصاب قد يمثل تعبيرات معيارية لضائقة حادة (على سبيل المثال ، في جنازة) دون عواقب السريرية . كما يجوز أن يشير هجوم الأعصاب Nerves attack أيضاً إلى عبارات الشدة ، والذى يتضمن أي " مصالح" مع النوبة من الانفعالية (على سبيل المثال ، ضحك هستيري) ، ويمكن استخدامه للإشارة إلى حلقة من فقدان السيطرة في الاستجابة إلى الضغوطات الشديدة ، أما الشروط المتعلقة بسياقات ثقافية أخرى : فتشمل التوعك ، والصبغة السوداء في جنوب الولايات المتحدة .

الشروط ذات الصلة في **DSM-5** : قد يتسبب هجوم الذعر فى إحداث اضطرابات الهلع ، وغيرها من الاضطرابات المحددة أو غير محددة ، مثل اضطراب فصامي ، وتحويل (لوظيفية الأعراض العصبية) أو مع اضطرابات متقطعة ، واضطراب متفجر ، وغيرها من اضطرابات القلق المحددة أو غير محددة ، الأخرى المحددة ، أو مع الصدمة غير محددة والاضطراب المرتبط بالضغوطات .

الأعراض المجمعة بذات صيغة المتلازمة (الطب البديل) :

الأعراض المجمعة بذات صيغة المتلازمة (الطب البديل) هو المصطلح الذي كان صيغ في جنوب آسيا قبل أكثر من نصف قرن لحساب لتقديم العروض السريرية شيوعاً من الشباب المرضى الذكور الذين نسبت لهم أعراض مختلفة إلى فقدان السائل المنوي . وعلى الرغم من اسمها ، بأنها ليست منفصلة بل متلازمة ، فإن الشرح الثقافي الضيق

للمرضى الذين يشيرون إلى أعراض مختلفة ومرتبطة جزئياً ، مثل القلق ، التعب ، والضعف ، وفقدان الوزن ، والعجز ، وغيرها من الشكاوى الجسدية متعددة ، والمزاج الاكتئابي . كما يتصل بالقلق والضيق لكن في عدم وجود أي خلل فسيولوجي وظيفي . كما تم تحديد أعراض أخرى من قبل المرضى مثل إفرازات بيضاء لوحظت عند التغوط أو التبول . ورغم أن الأفكار حول هذه المادة ترتبط بمفهوم (السائل المنوي) إلا أنه تم وصفها في 'نظم الطب الهندى - بالأيورفيدا [1] - باعتبارها واحدة من سبعة سوائل ضرورية لحفظ توازن الجسم والهام للحفاظ على الصحة .

على الرغم من أن متلازمة مجمع ذات صيغة بالمتلازمة (الطب البديل) ، تعد كدليل ثقافي فى الممارسة السريرية المحلية ، ذات الصلة وقد ثبت أفكار حول الآثار الضارة لخسارة السائل المنوي على نطاق واسع في عموم السكان ، مما يشير إلى أن التصرف الثقافي لشرح المشاكل الصحية والأعراض مع الإشارة إلى مجمع ذات الصيغة بالمتلازمة . قد بحث في مرافق الرعاية الصحية ، وحقق تقديرات متنوعة من معدل انتشار المتلازمة (على سبيل المثال ، ٦٤ ٪ من الرجال الذين يحضرون العيادات النفسية في الهند للشكاوى الجنسية و٣٠ ٪ فقط من الرجال الذين يحضرون العيادات الطبية العامة في باكستان ؟؟) .

وعلى الرغم من أن متلازمة مجمع ذات الصيغة بمتلازمة (الطب البديل) يتم تعريفه الأكثر شيوعاً مع شبان من خلفيات اجتماعية واقتصادية أقل ، وقد يتأثر به أيضاً الرجال الذين تتراوح أعمارهم فى الثلاثينيات من مخاوف مماثلة حول الإفرازات المهبلية البيضاء (أثر أبيض) وقد ترتبط مع البديل من ذات المفهوم بالنسبة للمرأة .

الشروط المتعلقة في سياقات ثقافية أخرى : ويجرى ذلك كورو في جنوب شرق آسيا ، لا سيما فى سنغافورة ، ومع تشخيص- k'uei (القصور الكلوي) في الصين . أما

---

(١) الأيورفيدا ، وتعني: "علم الحياة" هي منظومة من تعاليم الطب التقليدي التي نشأت في شبه القارة الهندية وانتشرت إلى مناطق أخرى من العالم كشكل من أشكال الطب البديل ، وينظر إلى الأيورفيدا في الدول الغربية اليوم باعتبارها شكلاً من أشكال الطب التكميلي والبديل، حيث تستخدم العديد من أساليبها في هذه الدول كالأعشاب والتدليك واليوجا.

الـشروط ذات الـصلة في دليـل DSM-5 : فيعـرف باضـطرابات الاكتئـاب الكـبرى ، واضطراب الاكتئاب المستمر (اكتئاب) ، واضطراب القلق العام ، واضطراب الأعراض جسدية ، واضطراب مرض القلق ، واضطراب الانتصاب ، والقـذف في وقـت مبكـر (قبل الأوان) ، وأخـرى محـددة أو غـير محـددة ومـشاكل العجـز الجنـسي ، والمـشاكل الأكاديمية وغيرها .

غطاء خيالى :

الهجمات الخيالية (غطاء خيالى) ، أو "هجمات الرياح" هى متلازمة وجدت بـين الكمبوديين داخل الولايـات المتحـدة / وفى كمبوديـا . وتـشمل الأعـراض الـشائعة لهـا نوبات من الهلع ، مثل الدوخة ، وخفقان ، وضيق في التنفس ، وبـرودة الأطـراف ، فضلا عن أعراض أخرى للقلق مثل الاسـتثارة اللاإرادية (علـى سـبيل المثـال ، طـنين ووجع الرقبة) . وتشمل الهجمات خيال الإدراكات الكارثية التى تركز على الخيال القلق (مادة windlike) وقد ترتفع نسب تلك المادة فى الجسم ، جنبا إلى جنب مع الـدم ، ممـا يسبب مجموعة من الآثار الخطيرة (على سبيل المثال ، ضغط الرئتين ممـا يـسبب ضـيق في التنفس والاختناق؛ ليسبب الطنين والدوار داخل الجمجمة ، مع ضبابية الرؤية) . وقـد تحدث الهجمات دون تحذير خيالى (فجأة) ، ولكن كثيراً مـا تـنجم عـن المـشغلات مثـل الأفكار المثيرة للقلق ، أو الـروائح المحـددة مـع التـداعيات الـسلبية ، أو الـذهاب إلى الأماكن المزدحمة أو الركوب في سـيارة . كمـا أن هجمـات الخيـال عـادة مـا تلـبي حالـة الذعر ، ومعايير الهجوم ، وربما تشكل تجربة القلق وغيرها من الصدمات مـن حـدوث تلك الاضطرابات ، وقد تترافق تلك الهجمات بالخيال مع العجز الكبير .

الشروط المتعلقة بالتسمية في سياقات ثقافية أخـرى : فى - مـثلاً - لاوس (ركلـة جزاء لومي) ، والتبت (srog rlunggi ناد) ،وفى سري لانكا (فاتا) ، وفى كوريا (بيونـغ هوا) .

أما الشروط ذات الصلة في دليل DSM-5 : فيصفها بهجوم الذعر ، واضطرابات الهلع ، اضطراب القلق العام ، والخوف من الأمـاكن المكـشوفة ، واضـطراب مـا بعـد الصدمة ، واضطراب القلق المرضى .

إضطرابات التركيز:

وتشمل ("التفكير أكثر من اللازم") Over - Kufungisisa ، وهي لغة الشدة والتي تشير إلى مشكلة ثقافية ، ويمكن أن يكون المسبب لها هو القلق ، والاكتئاب ، والمشاكل الجسدية (على سبيل المثال ، " قلبي يتألم لأنني أعتقد الكثير ") . ومع الكثير من العبارات التي تشير إلى الشدة النفسية ، والتي تدل على صعوبات ضعف العلاقات الشخصية والاجتماعية (على سبيل المثال ، المشاكل الزوجية ، عدم وجود المال لرعاية الأطفال) .كما ينطوي مصطلح Kufungisisa على اجترار الأفكار المزعجة ، ولا سيما المخاوف .

ويرتبط Kufungisisa مع مجموعة من الاضطرابات النفسية ، بما في ذلك أعراض القلق ، والقلق المفرط ، ونوبات الذعر ، وأعراض الأكتئاب ، والتهيج .

وفي دراسة لعينة مجتمعية عشوائية ، تبين أن ثلثي الحالات التي تم تحديدها من قبل علم النفس المرضي العام كانت تعانى من هذه الشكاوى . وذلك يتحقق في كثير من الثقافات ، مثل " التفكير كثيراً " والذى يعتبر ضررا على العقل والجسم ، ويسبب أعراض محددة مثل الصداع والدوخة . أو ما يعرف " بالتفكير أكثر من اللازم " والذى قد تكون كذلك عنصرا أساسياً من المتلازمات الثقافية مثل " دماغى فاضية / دماغى هتنفجر " وفي نيجيريا – مثلاً – يشار إلى "التفكير أكثر من اللازم " والذى يعزى إليه – أحياناً – إلى تلف الدماغ على وجه الخصوص ، مع أعراض مصاحبة له بما في ذلك مشاعر الحرارة ، أو الزحف الأحاسيس في الرأس .

أما الشروط المتعلقة في سياقات ثقافية أخرى : لذات المصطلح " التفكير أكثر من اللازم "والشائع مع الشدة الثانية للتفسير الثقافي في العديد من الدول والمجموعات العرقية ، حيث وصف في أفريقيا والكاريبي وأمريكا اللاتينية ، وبين شرق آسيا ، وجماعات الأمريكيين الأصليين .

الشروط ذات الصلة في دليل **DSM-5** : اضطراب الاكتئاب الكبرى ، واضطراب الاكتئاب المستمر (اكتئاب) ، واضطراب القلق العام ، واضطراب ما بعد الصدمة ، واضطراب الوسواس القهري ، واضطراب الفجيعة المستمر والمعقد (انظر " شروط مزيد من الدراسة ") .

كما توجد شروط متعلقة بسياقات ثقافية أخرى : مثل (بواعث القلق) بشأن المرض (وعادة البدنية من المرض) بسبب الصراع الاجتماعى الشائع عبر الثقافات وغالباً ما يعبر في شكل " العين الشريرة " (على سبيل المثال في الإسبانية ، سوء (أوجو دي) باللغة الإيطالية ، mal'occhiu) .

أما الشروط ذات الصلة في دليل **DSM-5** : فيوصف باضطراب الوهمية ، ونوع الاضطهاد ؛ واضطراب الفصام مع ميزات بجنون العظمة .

اضطرابات العمل بعصبية شديدة :

العمل بعصبية شديدة " الأعصاب "هي لغة مشتركة بين الشدة لدى للاتينيين في الولايات المتحدة ، وفى أمريكا اللاتينية . ويشير مصطلح العصبية Nervios إلى حالة عامة من التعرض للتجارب الحياتية المجهدة ، مع ظروف الحياة الصعبة .

ويشمل مصطلح العصبية Nervios مجموعة واسعة من أعراض الاضطراب العاطفي ، والاضطرابات الجسدية ، وعدم القدرة على العمل .

أما الأكثر شيوعاً لتلك الأعراض والذى يعزى إلى العصبية Nervios فيشمل الصداع و" أوجاع الدماغ " (التوتر الرقبة القذالي) Tension neck occipital ، والتهيج واضطرابات المعدة ، وصعوبات النوم ، والعصبية ، وسهولة البكاء ، وعدم القدرة على التركيز ، والارتجاف ، وأحاسيس الوخز (الدوخة والعرضة للتفاقم مثل الدوار) . ويعد مصطلح العصبية Nervios بمثابة تعبير واسع من الشدة يمكن أن يمتد نطاق شدتها مع الحالات رغم عدم وجود اضطراب عقلي ، وتحتمل تلك العروض تعديلها إلى القلق ، والاكتئاب الفصامي ، والأعراض الجسدية ، أو اضطرابات ذهانية . " وقد تبدأ العصبية مع مرحلة الطفولة " ويبدو أن أكثر من سمة - ربما - قد تسبق اضطراب القلق الاجتماعى ، في حين أن " أمراض الأعصاب " هي الأكثر ارتباطا من غيرها بالأشكال العصبية Nervios والمتعلقة بمشاكل الطب النفسي ، وخاصة التفكك والاكتئاب .

أما الشروط المتعلقة بسياقات ثقافية أخرى : فتوجد بين اليونانيين في أمريكا الشمالية ، وبين الصقليين في أمريكا الشمالية ، وبين البيض في أبالاتشيا ونيوفوندلاند .

إلا أن الشروط ذات الصلة في دليل DSM-5 : فتعرف باضطرابات الاكتئاب الكبرى ، واضطراب الأكتئاب persistent (اكتئاب) ، واضطراب القلق العام ، واضطراب القلق الاجتماعى ، والاضطراب الفصامي المحدد وغيره من غير المحدد ، واضطراب الأعراض الجسدية ، واضطرابات الفصام .

اضطرابات الضعف العام العصبي :

" ضعف الجهاز العصبي" في لغة الماندرين الصينية ، تشير إلى متلازمة ثقافية ، يدمج فيها الفئات المفاهيمية من الطب الصيني التقليدي مع التشخيص الغربي (بوهن عصبي) . وذلك في المجموعة الثانية ، للطبعة المنقحة للتصنيف الصيني للاضطرابات العقلية (CCMD-2-R) ، ويعرف shenjing shuairuo باعتبارها متلازمة تتكون ثلاثة من أصل خمسة مجموعات لأعراض الضعف (وعلى سبيل المثال ، التعب الذهني) ، العواطف (على سبيل المثال ، الشعور الشائك) والإثارة (على سبيل المثال ، زيادة كم الذكريات الأليمة) ، والألم العصبي (على سبيل المثال ، الصداع) ، والنوم (على سبيل المثال ، الأرق) .

أما مروحة NAO فى الصين فتشير- ثقافياً - إلى (الشعور الشائك) وهو شكل من أشكال التهيج المختلط مع الهم والضيق بسبب الأفكار المتضاربة والرغبات التي لم تتحقق . أما الطبعة الثالثة من (دليل الاضطرابات الصينى CCMD) فيحتفظ بتشخيص الجسدية ولا يستبعدها . وتشمل المسببات البارزة منها على ضغوط العمل ، والضغوطات المتعلقة بالأسرة ، وفقدان ماء الوجه والشعور بالفشل الحاد (على سبيل المثال ، في الأداء التعليمي الأكاديمي) . ويرتبط بالمفاهيم التقليدية للضعف ، والاختلالات الصحية المتعلقة بأوجه القصور من جوهر الجوانب الحيوية للفرد (على سبيل المثال : استنزاف تشي باللغة الصينية [استنزاف الطاقة الحيوية] ، أو (ركود / تشي باللغة الصينية/ بسبب القلق الزائد) .

وفي التفسير التقليدي ، فإن النتائج عندما تصبح قنوات جسدية (جينغ / باللغة الصينية) فتنقل القوى الحيوية (شين/ باللغة الصينية) كنتيجة لمختلف الضغوطات الاجتماعية والشخصية ، مثل عدم القدرة على تغيير الوضع المحبط بشكل مزمن

ومؤلم . كما أن الاضطرابات النفسية المختلفة ترتبط بـ shenjing shuairuo ، ولا سيما اضطرابات المزاج ، والقلق ، واضطرابات الأعراض الجسدية .

وتصل النسبة في العيادات الطبية في الصين ، إلى ٤٥ ٪ من المرضى الذين يعانون من عدم لا تلبية معايير أي اضطراب DSM -IV .

أما الشروط المتعلقة في سياقات ثقافية أخرى : مع تعابير طيف الوهن العصبي، فإن المتلازمات الموجودة في الهند مثلاً تسمى (ashaktapanna) وتسمى فى اليابان (shinkei - suijaku) ، من بين غيرها من الأماكن .

الشروط الأخرى ، مثل متلازمة ضعف الدماغ ، ومتلازمة الإرهاق ، ومتلازمة التعب المزمن ، فهي ترتبط أيضاً ارتباطا وثيقا بالشروط ذات الصلة في دليل DSM-5 : تحت مسميات اضطرابات الاكتئاب الكبرى ، واضطرابات الاكتئاب المستمرة (اكتئاب) ، واضطراب القلق العام ، واضطراب الأعراض الجسدية ، واضطراب القلق الاجتماعى ، والرهاب المحدد ، واضطراب ما بعد الصدمة .

اضطراب الفزع Susto :

اضطراب الفزع يعرف كذلك (بالخوف Fear) هو التفسير الثقافي للاستغاثة والتعبير عنه يتضح مع معدل الانتشار بين بعض اللاتينيين في الولايات المتحدة وبين الناس في المكسيك وأمريكا الوسطى ، وأمريكا الجنوبية ، ولم يتم يتم التعرف على أنه فئة للمرض بين اللاتينيين من منطقة البحر الكاريبي .

ويعزى اضطراب الفزع Susto كمرض إلى الحدث المخيف الذي يتسبب في الروح المغادرة من الجسم بما يؤدي إلى التعاسة والمرض ، فضلا عن الصعوبات التى تعمل في إدارة الأدوار الاجتماعية المختلفة .

وقد تظهر الأعراض في أي وقت من أيام السنة ، ويوصف من ذوي الخبرة بالخوف Fear ، وفي الحالات القصوى قد يؤدي إلى الموت . ولا توجد أعراض محددة لتعريف susto /Fear ولكن الأعراض التي غالباً ما أفاد به الأشخاص الذين يعانون منه تشمل اضطرابات فقدان الشهية ، وعدم كفاية أو الإفراط في النوم ، والنوم المضطرب أو الأحلام المزعجة ، ومشاعر الحزن ، وانخفاض تقدير الذات أو إحساس بالقذارة ،

وحساسية التعامل مع الآخرين ، وعدم وجود حافز للقيام أي شيء . ويمكن أن تشمل الأعـراض الجسدية المصاحبة susto آلام في العضلات ، والآم البرد في الأطـراف ، وشحوب ، ولصداع ، وآلام المعدة ، والإسهال . وتعجل تلك الأحداث المتنوعة ، وتشمل الظواهر الطبيعية ، والحيوانات ، والحالات الشخصية ، وغيرها .

وتوجد ثلاثة أنواع من المتلازمات من (المشار إليها باسم cibih في لغة الزابوتيك المحلية)[1] والتي لديها تحديد معين ، ولكل منها علاقات مختلفة مع التشخيصات النفسية .

أما التعامل بين الأفراد وفق هذا الاضطراب فيتميز بمشاعر الخسارة ، والهجر ، وإحساس بأنه غير محبوب من قبل العائلة ، مع الاعراض عوامل متباينة من الحزن ، وضعف الصورة الذاتية ، والتفكير في إيذاء النفس (إزهاق النفس المحرم شرعاً) ، ويبدو أنها ترتبط ارتباطا وثيقا بالإضطراب الاكتئابي .

أو نتيجة حدث أليم والذى قد يلعب دوراً رئيسياً في تشكيل الأعراض وفى المعالجة العاطفية للتجربة ، أما تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة فيبدو أنه أكثر ملاءمة . لتميز حالة الخوف Fear من قبل مختلف الأعراض الجسدية المتكررة ، والتي قد يرتبط فيها التشخيص مع مقدمى الرعاية الصحية والممارسين / والذى يعتقد أن العديد من أعراضه تشبه - إلى حد كبير - أعراض الاضطرابات الجسدية .

أما الشروط المتعلقة في سياقات ثقافية أخرى : فإن تلك المفاهيم المسببة - كذلك - مماثلة بالأعراض التى تم العثور على تكوينات مماثلة لها عالميا ، وذلك في منطقة الأنديز ، والتى يشار إليها باسم (الخوف من الثعابين) susto espanto ، أما الشروط ذات الصلة في دليل DSM-5 : فتشير إلى اضطراب الاكتئاب الرئيس ، وإلى اضطراب ما بعد الصدمة المحددة أو غير المحددة ، والاضطراب المرتبطة بالضغوطات ، أعراض الاضطرابات الجسدية .

---

(١) الزابوتيك هي حضارة السكان الأصليين قبل الوجود الكولومبي ، والتي ازدهرت في وادي أواكساكا، فى أمريكا الجنوبية الآن ، وذلك فى نهايات القرن السادس قبل الميلاد، والتى يصل عمر هذه الحضارة حوالى ٢٥٠٠ عامًا على الأقل .

اضطراب الشخصية الخائفة :

Taijin kyofusho (" اضطراب الخوف الشخصي " باللغة اليابانية) وهى متلازمة تتصف بالثقافية بواسطة القلق حول أو تجنب المواقف الشخصية بسبب الفكر والشعور ، أو الاقتناع بأن مظهر الفرد قد يثير إجراءات أو تفاعلات اجتماعية غير كافية أو مسيئة للآخرين . وينطوى بديل هذا المفهوم في الولايات المتحدة ، على وجود هيئة هجومية لدى هذا الفرد .

إنعكاسه على الآخرين : ويشمل المتغيرات الشواغل الرئيسة حول الوجه احمرار (رهاب الأحمر) ، ووجود رائحة الجسم الهجومية (المرجح متلازمة حاسة الشم) ، والنظرة غير اللائقة (الكثير أو القليل جدا مع الاتصال بالعين) ، القاسية أو المحرجة ، أو مع تعبير الوجه ، أو الحركات الجسدية (على سبيل المثال ، يتشنج ، يرتجف) ، أو تشوه الجسم .

أما اضطراب القلق الاجتماعى فهو أوسع بناءً في DSM-5. بالإضافة إلى قلق الأداء ، والذى يتضمن شكلين متعلقيين بالثقافة : "نوع الحساسية" مع حساسية الاجتماعية مدقعة ، والقلق حول التفاعلات بين الأفراد ، " ونوع الهجوم " وهو الشاغل الرئيس فى الإساءة إلى الآخرين ، والذى يشمل متلازمات من ملامح الجسم واضطراب التشوه ، وكذلك اضطراب الوهمية ، ممن لديهم مخاوف نوعية للتوهم ، أو الاستجابة الضعيفة للاطمئنان البسيط أو المضاد .

الأعراض المميزة لمتلازمة taijin kyofusho [1]: تحدث في سياقات ثقافية محددة ، تم العثور على متلازمات مماثلة في كوريا والمجتمعات الأخرى التي تضع

---

(١) متلازمة (taijin kyofusho)، هى متلازمة يابانية ثقافية محددة . و kyofusho taijin المدى يترجم إلى الفوضى (شو) الخوف (kyofu) من العلاقات الشخصية (taijin). هذا التناذر محددة الثقافة هي الرهاب الاجتماعي التعامل مع القلق الاجتماعي . أولئك الذين لديهم Taijin Kyofusho من المحتمل أن تكون بالحرج للغاية من أنفسهم أو للآخرين الاستياء عندما يتعلق الأمر إلى وظائف من أجسادهم أوظهورهم . هذه وظائف الجسم والمظاهر وتشمل وجوههم، ورائحة، والإجراءات،-

التركيز الشديد على صيانة الذات الواعية بالسلوك الاجتماعى المتناسب مع العلاقات الشخصية الهرمية .

كما تم وصف الأعراض في سياقات ثقافية أخرى ، بما في ذلك الولايات المتحدة الأمريكية ، وأستراليا ، ونيوزيلندا .

أما الشروط المتعلقة بسياقات ثقافية أخرى : ففى هونج بو في كوريا توضع شروط ذات الصلة في DSM-5 : مثل اضطراب القلق الاجتماعى ، واضطراب تشوه الجسم ، واضطراب الوهمية ، واضطراب الوسواس القهري ، / ومتلازمة الإشارة الشمية ، وهو نوع من آخر محدد للوسواس القهري ، والاضطرابات ذات الصلة ، والتى ترتبط بمتلازمة إثارة حاسة الشم على وجه التحديد بالمتغير الذي يمثل العرض الأساس للقلق من الشخص الذى تنبعث منه رائحة الجسم الهجومية .

= أو حتى يبدو أنهم لا يريدون إحراج الآخرين مع وجودهم . ويستند هذه المتلازمة ملزمة الثقافة على الخوف والقلق .

الرموز التشخيصية وفقاً للدليل **DSIM -5**

الرمز	التشخيص وفقاً للدليل **DSIM -5**
F40.00	اضطراب الخوف المرضي (الفوبيا) .
F10.180	اضطرابات القلق التي يسببها الكحول
F10.280	اضطراب القلق مع استخدام خفيف للكحول .
F10.980	اضطراب القلق مع استخدام معتدل أو شديد .
F10.14	اضطراب القلق دون استخدام الكحول
F10.24	اضطرابات القطبين ذات الصلة التي يسببها الكحول
F10.94	الاضطرابات مع استخدام معتدل أو شديد للكحول .
F10.14	اضطرابات الاكتئاب التي يسببها الكحول .
F10.24	اضطراب الاكتئاب مع استخدام خفيف للكحول .
F10.94	اضطراب الاكتئاب مع استخدام معتدل أو شديد .
F10.26	اضطراب الاكتئاب دون استخدام الكحول .
F10.96	الاضطرابات العصبية الرئيسة التي يسببها الكحول .
F10.27	الاضطرابات العصبية مع استخدام معتدل أو شديد .
F10.97	اضطراب عصبي رئيس يسببه الكحول .
F10.288	الاضطرابات العصبية دون استخدام .
F10.988	اضطراب ذهاني يسببه الكحول .
F10.159	اضطراب مع استخدام خفيف للكحول .
F10.259	اضطراب العجز الجنسي الناجم عن الكحول .
F10.959	اضطراب جنسي مع استخدام خفيف للكحول
F10.181	اضطراب جنسي مع استخدام معتدل أو شديد للكحول
F10.281	اضطرابات النوم التي يسببها الكحول .
F10.981	اضطراب النوم مع استخدام خفيف .
F10.182	اضطراب النوم مع استخدام معتدل أو شديد للكحول .
F10.282	الاضطراب دون استخدام .

F10.982	اضطراب تسمم الكحول .
F10.129	اضطراب مع استخدام خفيف للكحول .
F10.229	اضطراب الهذيان بالكحول .
F10.929	اضطراب مع استخدام خفيف للكحول .
F10.121	الإضطراب معتدلة أو شديدة مع استخدام الكحول .
F10.221	اضطراب دون استخدام الكحول .
F10.921	اضطراب تعاطي الكحول .
F10.232	الاضطرابات الإدراكية .
F10.239	اضطرابات بدون إدراك حسي .
F10.231	اضطراب هذيان الناتج عن الإنسحاب الكحول .
292,89	اضطراب القلق التي يسببها الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى) .
F15.180	اضطراب مع الاستخدام الخفيف .
F15.980	اضطراب دون استخدام .
292,89	اضطراب ثنائي القطب الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى) .
F15.921	إضطراب هذيان الأمفيتامين أو المنشطات الأخرى
292,84	اضطراب الاكتئاب التي يسببها الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)
F15.14	اضطراب الاستخدام الخفيف .
F15.24	استخدام المنشطات مع اضطرابات معتدلة أو شديدة .
F15.94	اضطراب دون استخدام المنشطات .
292,89	الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى) التي يسببها الوسواس القهري .
292, 9	الإضطراب الذهانى التى يسببها الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)
F15.959	اضطراب دون استخدام الأمفيتامين .
292,89	اضطراب العجز الجنسي نتيجة الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى)
F15.181	اضطراب مع استخدام خفيف للأمفيتامين .
292,85	اضطراب النوم نتيجة الأمفيتامين (أو المنشطات الأخرى) .
F15.282	الاضطراب المعتدلة أو الشديدة مع استخدام المنشطات .

292,89	اضطراب الأمفيتامين المنشط أو غيرها من السموم .
F15.122	اضطراب مع استخدام خفيف للأمفيتامين .
F15.129	اضطرابات المنشطات أو غيرها من السموم .
F15.229	اضطراب معتدلة أو شديدة الاضطراب مع استخدام المنشطات .
F15.23	اضطراب الانسحاب من المنشطات أو غيرها .
F15.10	اضطراب من نوع تعاطي المنشطات والمخدرات .
F50.02	اضطراب فقدان الشهية العصبي .
F60.2	اضطراب الشخصية المعادي للمجتمع .
F06.4	اضطراب القلق بسبب حالة طبية أخرى .
F90.2	اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط .
F84.0	اضطراب التوحد اضطراب الطيف .
F60.6	اضطراب الشخصية الانطوائية .
F50.8	الانطوائية / تقييدا اضطراب تناول الطعام .
F50.8	اضطراب الأكل بنهم .
F31.76	اضطراب ثنائي القطب الأول .
F31.74	اضطراب ثنائي القطب الأول الحالي ، أو أحدث نوبة جنون .
F31.2	اضطراب مع أعراض ذهانية .
F31.9	اضطراب غير محدد .
F31.9	اضطراب ثنائي القطب الأول .
F31.81	اضطراب ثنائي القطب الثاني .
F06.33	اضطراب مع علامات الهوس .
F45.22Y	اضطراب تشوه الجسم .
F60.3	اضطراب في الشخصية .
F23	الاضطراب الذهاني .
F50.2	اضطراب الشره العصبي .
292,89	اضطراب القلق الناجم عن الكافيين .

F15.980	اضطراب القلق دون استخدام الكافيين .
292,85	اضطراب النوم الناجم عن الكافيين .
F15.182	اضطراب مع استخدام خفيف للكافيين .
F15.982	اضطراب دون استخدام الكافيين .
F15.929	اضطراب تسمم الكافيين .
F15.93	اضطراب الانسحاب من الكافيين .
292,9	اضطراب ذهاني التي يسببها القنب .
292,81	اضطراب هذيان تسمم القنب .
F12.121	اضطراب مع استخدام خفيف للقنب .
F12.221	اضطراب مع استخدام معتدل أو شديد .
F12.921	اضطراب دون استخدام القنب .
F12.10	اضطراب استخدام القنب .
F12.288	اضطراب الانسحاب من القنب .
F06.1	اضطراب عقلي الإغماء المرتبط بتخشب (جامود محدد)
G47.37	اضطراب توقف التنفس أثناء مرحلة النوم الوسطى .
F14.959	اضطراب دون استخدام القنب .
292,89	اضطراب العجز الجنسي الذي يسببه الكوكايين .
F14.181	اضطراب استخدام خفيف للكوكايين .
F14.281	الاضطراب مع استخدام معتدل أو شديد .
F14.282	اضطرابات إدراكية جراء تسمم من الكوكايين .
F14.122	اضطراب مع استخدام خفيف .
F14.222	الاضطراب مع استخدام معتدل أو شديد .
F14.922	اضطراب دون استخدام
F14.121	اضطراب مع استخدام خفيف
F14.221	اضطراب مع استخدام معتدل أو شديد
F14.921	اضطراب دون استخدام

F14.23	اضطراب السلوك نتيجة الإنسحاب من الكوكايين .
F91.2	اضطراب لدى المراهقين ناتج عن (الانسحاب من الكوكايين) .
F91.1	اضطراب لدى الأطفال ناتج عن (الانسحاب من الكوكايين) .
F91.9	اضطراب غير محدد البداية .
F44.4	اضطراب مع حركة غير طبيعية .
F44.6	اضطراب مع التخدير أو فقدان الحواس .
F44.5	اضطراب مع هجمات أو نوبات
F44.7	اضطراب مع أعراض مختلطة
F44.6	اضطراب الأعراض مع المشاعر الحسية الخاصة
F44.4	اضطراب أعراض الكلام
F44.4	اضطراب أعراض البلع
F44.4	اضطراب مع أعراض الضعف / الشلل
F34.0	اضطراب الفوضى
F52.32	اضطراب تأخر القذف
F05	اضطراب الهذيان بسبب حالة طبية محددة .
F05	اضطراب الهذيان بسبب عوامل متعددة
F05	اضطراب الهذيان الناجم عن الأدوية (لرموز ICD -IO -CM)
F22	اضطراب التوهم .
F60.7	اضطراب الشخصية
F48.1	اضطراب الشخصية / اضطراب الغربة عن الواقع المعايش .
293,83	اضطراب الاكتئاب بسبب حالة طبية أخرى
F06.32	اضطراب حلقة الاكتئاب الكبرى .
F82	اضطراب التنسيق التنموي
V60.89	اضطراب الخلاف مع الجار ، مستأجر ، أو المالك .
F94.2	اضطراب جرأة المشاركة الاجتماعية
V61.03	اضطراب تعطيل الأسرة الانفصال أو الطلاق

F34.8	اضطراب المزاج والتقلبات
F44.0	اضطراب فقدان الذاكرة فصامي
F44.1	اضطراب فقدان الذاكرة فصامي ، مع شرود فصامي
F44.81	اضطراب الهوية فصامي
F98.0	اضطراب سلس البول
F52.21	اضطراب الانتصاب
L98.1	اضطراب السلخ (الجلد قطف) .
V60.2	اضطراب الفقر المدقع
F68.10	اضطراب مصتنع
F52.31	اضطراب النشوة .
F65.0	اضطراب العاصي
F63.0	اضطراب القمار
F64.1	اضطراب انزعاج الجنس لدى المراهقين والبالغين
F64.2	اضطراب انزعاج الجنس عند الأطفال
F41.1	اضطراب القلق المعمم
F52.6	اضطراب ألم الحوض التناسلية / اختراق
F88	اضطراب تأخر معايير النمو .
F16.983	الاضطراب الإدراكى الناتج عن المهلوسات
V61.8	اضطراب مستوى عاطفة عالية داخل الأسرة
F60.4	اضطراب شخصية فن التمثيل
V60.0	اضطراب التشرد
G47.10	اضطراب فرط النعاس Hypersomnolence
F45.21	اضطراب القلق المرضى
V62.5	اضطراب الحبس فى السجن
V60.1	اضطراب السكن غير اللائق
F18.180	اضطراب القلق الخفيف

292,89	الاضطراب الناجمة عن الاكتئاب
F18.14	اضطراب مع اكتئاب خفيف
F18.24	اضطراب مع اكتئاب معتدل أو شديد .
292,82	الاضطراب الناجمة عن الاكتئاب العصبي الحاد .
292,89	اضطراب ناجم عن توتر عصبي خفيف
F18.288	اضطراب توتر معتدل أو شديد .
292,9	الاضطرابات الناجمة عن اضطراب ذهاني .
F18.159	اضطراب ذهاني خفيف
F18.259	اضطراب ذهاني معتدل أو شديدة .
292,81	اضطراب الهذيان
F18.121	اضطراب هذيان خفيف
F18.221	اضطراب الهذيان معتدل أو شديد .
G47.00	اضطراب الأرق
V60.2	اضطراب نقص التأمين الاجتماعي غير الكافي .
319	اضطراب الإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)
F63.3	اضطراب هوس السرقة
V60.2	اضطراب نقص الغذاء الكافي أو المياه الصالحة للشرب
F80.9	اضطراب اللغة
V60.2	اضطراب الدخل المنخفض .
F33.42	اضطراب اكتئابي . الحلقة المتكررة
F33.41	اضطراب حالة جزئية
F33.3	اضطراب مع أعراض ذهانية
F33.9	اضطراب غير محدد
F32.5	اضطراب اكتئابي . حلقة واحدة
F32.4	اضطراب حالة جزئية
F32.3	اضطراب مع أعراض ذهانية

G31.9	اضطراب عصبي جبهي رئيس .
F02.81	اضطراب عصبي الجبهي رئيس . من المحتمل (رمز الأولى
[G31.09]	اضطراب سلوكي ناتج عن مرض جبهي .
G31.9	اضطراب عصبي الرئيسية بسبب مرض الزهايمر .
F02.81	اضطراب عصبي كبيرة بسبب مرض الزهايمر مع اضطراب سلوكي
F02.80	اضطراب سلوكي دون مرض الزهايمر
F02.81	اضطراب عصبي كبير بسبب حالة طبية أخرى مع اضطراب سلوكي
F02.80	دون اضطراب سلوكي
F02.81	اضطراب عصبي كبيرة بسبب الإصابة HTV
[B20]	اضطراب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية مع اضطراب سلوكي
F02.80	دون اضطراب سلوكي
F02.81	اضطراب عصبي رئيس بسبب مرض هنتنجتون مع اضطراب سلوكي .
F02.80	دون اضطراب سلوكي
F02.81	اضطراب عصبي رئيس مع مرض ليوي .
[G31.83]	اضطراب سلوكي ناتج عن أمراض جسدية .
F02.80	اضطراب سلوكي دون أمراض جسدية .
F02.81	اضطراب عصبي كبير مع اضطراب سلوكي
F02.80	دون اضطراب سلوكي
G31.9	اضطراب عصبي رئيس بسبب مرض باركنسون .
F02.81	اضطرابات سلوكية مع مرض باركنسون .
F02.80	اضطراب سلوكي دون مرض باركنسون .
F02.80	اضطراب عصبي كبير بسبب مرض بريون
F02.81	الاضطرابات السلوكية مع مرض بريون

دون اضطراب سلوكي مع مرض بريون	F02.80
اضطراب عـصبي بـسبب إصـابات في الـدماغ مـع الاضـطرابات السلوكية	F02.81
دون اضطراب سلوكي	F02.80
اضطراب عصبي رئيس بسبب قصور فى الأوعية الدموية .	G31.9
اضطراب عصبي مع الاضطرابات السلوكية	F01.51
دون اضطراب سلوكي	F01.50
اضطراب التمارض	V65.2
اضطراب يسببه الدواء الحاد فى تعذر الجلوس	G25.71
اضطراب خلل التوتر الحاد الدواء (لرموز ICD -IO –CM- IO)	G24.02
اضطراب يسببه الدواء فى رعاش الموقف .	G25.1
اضطراب عصبي معتدل الجبهي	G31.84
اضطراب عصبي معتدل بسبب مرض الزهايمر	G31.84
اضطراب معتدل بسبب حالة طبية أخرى	G31.84
اضطراب بسبب عدوى فيروس نقص المناعة البشرية	G31.84
اضطراب معتدل بسبب مرض هنتنغتون	G31.84
اضطراب معتدل نظرا لمسببات متعددة	G31.84
اضطراب معتدل بسبب مرض باركنسون	G31.84
اضطراب معتدل بسبب مرض بريون	G31.84
اضطراب معتدل بسبب إصابات في الدماغ	G31.84
اضطراب معتدل مع الأوعية الدموية	G31.84
اضطراب الشخصية النرجسية	F60.81
اضطراب جسمي مهيمن على المخيخ ترنح ، ، وخدار .	G47.419
الاضطرابات الجسمية المهيمنة لمرض السكري الخدار ، والسمنة .	G47.419
اضطراب الخدار الثانوي إلى حالة طبية أخرى	G47.429
اضطراب الخدار مع الجمود ، ولكن من دون نقص الهيبوكريتين	G47.411

G47.419	اضطراب الخدار دون الجمود ، ولكن مع نقص الهيبوكريتين
G21.il	اضطراب الذهان التي يسببها الرعاش
G21.0	اضطراب ذهان مستفحل مكتسب .
F51.5	اضطراب الكابوس
F51.4	اضطراب النوم .
F42	اضطراب الوسواس القهري
F60.5	اضطراب الشخصية الوسواس القهري
F06.8	اضطراب الوسواس القهري والمتعلقة بسبب حالة طبية أخرى .
G47.33	اضطراب القلق المسبب لانسداد توقف التنفس أثناء النوم .
F11.921	اضطراب الهذيان التي يسببها الأفيون .
292,84	اضطراب الاكتئاب الذى يسببه الأفيون .
F11.14	اضطراب الاكتئاب الخفيف
F11.24	اضطراب معتدل أو شديد .
FI 1.94	اضطراب اكتئاب غير محدد .
292,89	اضطراب العجز الجنسي الناجم عن تعاطى مادة الأفيون .
F11.181	اضطراب مع استخدام خفيف لمادة الأفيون .
F11.981	اضطراب دون غير محدد .
292,85	اضطراب المادة الأفيونية المسببة ل اضطراب النوم
F11.182	اضطراب مع استخدام خفيف
F11.282	اضطراب مع استخدام معتدل أو شديد .
292,89	اضطرابات إدراكية نتيجة التسمم الأفيوني .
F11.122	مع اضطراب استخدام خفيف
F11.922	اضطراب دون استخدام /تسمم الأفيونية . ودون اضطرابات الإدراك الحسي
F11.129	اضطراب مع استخدام أفيونى خفيف
F11.929	اضطراب دون استخدام مادة أفيونية .

FI 1.921	اضطراب دون استخدام / اضطراب استخدام المواد الأفيونية
FI 1.23	اضطراب انسحاب الأ فيون
F11.23	اضطراب انسحاب هذيان الأفيون
F91.3	اضطراب خلل التحدي الاعتراضي /تأثير سلبي غيرها من الأدوية
T50.905A	اضطراب خلل أولي .
T50.905D	اضطراب خلل لاحق .
V15.42	اضطراب الشخصية (التاريخ الماضي)
V15.42	اضطراب الإيذاء النفسي للطفل الشخصية (التاريخ الماضي)
Z91.410	اضطراب الشخصية (التاريخ الماضي) للزواج
G25.79	اضطراب الحركة التي يسببها الدواء
G21.19	اضطراب الرعاش يسببها الدواء
V15.49	اضطراب التاريخ الشخصي الناتج عن الصدمات النفسية
V15.89	اضطراب عوامل الخطر الشخصية الأخرى
V62.89	اضطراب الظروف النفسية والاجتماعية
F41.8	اضطرابات القلق المحددة
F90.8	اضطراب الانتباه المحدد
F31.89	اضطراب القطبين المحدد .
F32.8	اضطراب الاكتئاب المحدد
F44.89	اضطراب فصامي .
F50.8	اضطراب التغذية المحدد أو اضطرابات الطعام
F64.8	اضطراب الهوية الجنسية المحدد
G47.09	اضطراب الأرق المحدد .
F06.8	الاضطراب العقلي المحدد بسبب حالة طبية أخرى
F88	اضطراب النمو العصبي المحدد
F42	اضطراب الوسواس القهري وما يتصل به .
60.89F	اضطراب في الشخصية المحدد

28F	اضطراب الفصام وغيرها من الاضطراب الذهاني
52.8F	اضطراب العجز الجنسي المحدد
47.8G	اضطراب النوم واليقظة
45.8F	اضطراب الأعراض الجسدية ذات الصلة
43.8F	اضطراب الصدمة الإجهاد ذات الصلة .
19.180F	اضطراب الصدمة الخفيف .
19.231F	اضطراب هذيان نتيجة انسحاب تعاطى مادة مخدرة .
66.9E	اضطراب زيادة الوزن أو السمنة
41.0F	اضطراب الهلع
60.0F	اضطراب المذعور
34.1F	اضطراب الاكتئاب الثابت (المستمر)
07.0F	اضطراب تغير الشخصية بسبب حالة طبية أخرى
62.89V	اضطراب المرحلة العمرية من الحياة
16.180F	اضطراب القلق مع استخدام خفيف للفينسيكليدين
16.280F	اضطراب معتدل أو شديد مع استخدام للفينسيكليدين
١٦,١٤F	اضطراب خفيف مع استخدام للفينسيكليدين
F16.159	اضطراب مع استخدام خفيف لمخدرICD
F16.259	اضطراب معتدل أو شديد مع استخدام ICD
F16.959	اضطراب دون استخدام ICD
F43.10	اضطراب الكرب ما بعد الصدمة
F52.4	اضطراب القذف (المبكر) السابق لأوانه
N94.3	اضطراب ما قبل الحيض .
V69.9	اضطراب المشكلة المتعلقة بنمط الحياة
V60.3	اضطراب المشكلة المتعلقة بالذين يعيشون بمفردهم .
V 60.6	اضطراب المشكلة المتعلقة بمن يعيشون في مؤسسة إيواء .
V61.5	اضطراب مشاكل متعلقة بتكرر الولادات

V62.5	اضطرابات تتعلق الظروف القانونية الأخرى
V62.5	اضطراب بالمشاكل المتعلقة بالخروج من السجن
F95.0	اضطراب التشنج المؤقت
F06.2	اضطراب مع الاوهام
F06.0	اضطراب مع الهلوسة
F63.1	اضطراب هوس الحرائق
G47.52	اضطراب حركة العين السريعة سلوك النوم
F94.1	اضطراب التعلق الارتكاسي
G25.81	اضطراب متلازمة تململ الساقين
F25.0	اضطراب نوع ثنائي القطب
F25.1	اضطراب نوع الاكتئاب
F60.1	اضطراب فصامي اضطراب الشخصية
F20.81	اضطراب فصامي الشكل .
F21	اضطراب الشخصية الفصامية
F13.180	اضطراب استخدام خفيف مهدئ ، منوم
F13.280	اضطراب مع استخدام مهدئ ، منوم معتدل أو شديد
F13.980	اضطراب دون استخدام مهدئ ، منوم
F13.14	اضطراب ثنائي القطب مع استخدام خفيف لمهدئ ، منوم
F13.181	اضطراب العجز الجنسي الناجم عن مزيل القلق ، أو مهدئ ، منوم .
F13.129	اضطراب النوم مع استخدام منوم ، مهدئ خفيف
FI3.229	اضطراب النوم مع معتدلة أو شديدة الاضطراب استخدام المنومات .
F13.929	اضطراب النوم دون استخدام عقاقير منومة .
F13.232	الاضطرابات الإدراكية نتيجة تناول مهدئ ، منوم
F13.239	اضطرابات الإدراك الحسي بدون مهدئات .

F93.0	اضطراب قلق الانفصال
F65.51	الاضطراب الجنسي الماسوشي .
F65.52	الاضطراب الجنسي السادي .
G47.36	اضطراب نقص التهوية المرضي المرتبط بالنوم .
G47.34	اضطراب نقص التهوية مجهول السبب
F40.10	اضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعى)
F80.89	اضطراب التواصل الاجتماعى .
F45.1	اضطراب الأعراض الجسدية
F81.0	اضطراب مع ضعف في القراءة
F81.81	اضطراب مع ضعف في التعبير الكتابي
F40.218	اضطراب رهاب الحيوان
F40.230	اضطراب رهاب الخوف من الدم
F40.231	اضطراب ضطراب رهاب الخوف من الحقن ونقل الدم
F40.233	اضطراب رهاب الخوف من الإصابة
F40.232	اضطراب رهاب الخوف من الرعاية الطبية الأخرى
G24.01	اضطراب خلل الحركة المتأخر
F17.208	اضطراب معتدل أو شديد مع استخدام التبغ .
F63.2	اضطراب نتف الشعر (اضطراب نتف الشعر)
V62.82	اضطراب الفجيعة غير المعقد .
F10.99	اضطراب غير محدد مرتبط بالكحول
F41.9	اضطراب القلق غير المحدد
F90.9	اضطراب الانتباه غير المحدد
F31.9	الاضطراب الثنائي القطب غير محدد وذات الصلة .
F15.99	اضطراب غير محدد متعلق بالكافيين
F12.99	اضطراب غير محدد متعلق بالقنب

F80.9	اضطراب التواصل غير المحدد
R41.0	اضطراب الهذيان غير المحدد
F32.9	اضطراب الاكتئاب غير المحدد
F91.9	اضطراب التخريب ، والسيطرة على الانفعالات ، غير المحدد
F44.9	اضطراب فصامي غير محدد .
F50.9	اضطراب الأكل غير المحدد .
F64.9	اضطراب الهوية الجنسية غير المحدد .
F16.99	اضطراب غير محدد والمتعلق بالمهلوسات .
F18.99	اضطراب غير المحدد المتعلق بالمستنشق
G47.00	اضطراب الأرق غير المحدد .
F79	اضطراب الإعاقة الذهنية غير المحددة .
F99	اضطراب عقلي غير محدد .
F09	اضطراب عقلي غير محدد بسبب حالة طبية أخرى .
R41.9	اضطراب عصبي غير محدد
F89	اضطراب النمو العصبي غير المحدد
F42	اضطراب الوسواس القهري وما يتصل به .
Fl 1.99	اضطراب المتعلق بالأفيون غير المحدد
F19.99	اضطراب متصل بمادة أخرى (أو غير معروفة)
F29	اضطراب فصامي غير محدد ، وغيرها من الاضطراب الذهاني
F52.9	اضطراب العجز الجنسي غير المحدد
G47.9	اضطراب النوم واليقظة غير المحدد
F45.9	اضطراب الأعراض الجسدية غير المحددة وذات الصلة .
F14.99	اضطراب غير محدد متعلق بالكوكايين .
F17.209	اضطراب غير محدد ذات الصلة بالتبغ .
F43.9	اضطراب الصدمة والإجهاد .

محتويات الفصل الأول

م	الموضوع	الصفحة
١	مقدمة	٣
٢	المعايير	٤
٣	تمثيل القضايا التنموية المتعلقة بالتشخيص	٦
٤	وصف كامل للاختلافات التي ترافق المعايير المحددة لهذه الاضطرابات	٧
٥	إضطرابات والمميزات الجديدة	٨
٦	الدليل التشخيصى والإحصائي للاضطرابات العقلية	١٠
٧	الهيكل التنظيمي	٢٠
٨	مبادرات الممارسة والبحث	٢٢
٩	استخدام محدد واضطرابات أخرى غير محددة	٣١
١٠	تحسينات على الانترنت	٣٣
١١	تعريف الاضطراب العقلي	٣٥
١٢	المعيار الإكلينيكى	٣٧
١٣	عناصر التشخيص	٣٨
١٤	اضطرابات الحركة	٤٠
١٥	التشخيص الرئيس	٤٠
١٦	التشخيص المؤقت	٤١
١٧	استخدام DSM-5 في الطب الشرعي	٤٥

محتويات الفصل الثانى

م	الموضوع	الصفحة
١	الاضطرابات الذهانية	٤٨
٢	اضطرابات التواصل	٦١
٣	اضطراب اللغة	٦٢
٤	اضطراب الاتصالات الاجتماعية (الواقعية)	٧٣
٥	اضطراب طيف التوحد	٧٧
٦	اضطراب نقص الانتباه	١٠٧
٧	اضطراب التعلم	١١٥
٨	اضطراب التنسيق	١٢٧
٩	اضطراب الحركة النمطية	١٢٩
١٠	اضطرابات التشنج	١٤١
١١	الاضطرابات النفسية	١٥٣
١٢	اضطراب الوهمية	١٥٩
١٣	الاضطراب الذهانية	١٩٥
١٤	اضطراب التقلبات	٢٨٥
١٥	الاضطراب الإكتئابي	٢٩١
١٦	اضطراب ما قبل الحيض	٣١١
١٧	اضطراب المزاج	٣١٨
١٨	اضطراب القلق الاجتماعى	٣٥٧

محتويات الفصل الثالث

م	الموضوع	الصفحة
١	اضطرابات الوسواس القهرى	٤٣٥
٢	اضطراب تشوه الجسم	٤٥٣
٣	اضطراب السلوك الجامع فى المشاركة الإجتماعية	٤٩٨
٤	اضطراب الإجهاد الحاد	٥٢١
٥	اضطرابات التكيف	٥٣٣
٦	اضطراب فقدان الذاكرة الفصامية	٥٥٣
٧	اضطراب الأعراض الجسدية	٥٧٤
٨	اضطراب تناول الطعام	٦٠٤
٩	اضطراب الأرق	٦٦٤
١٠	اضطرابات النوم	٦٧٨
١١	اضطراب الكابوس	٧٤٣
١٢	اضطراب تأخر القذف	٧٧١
١٣	اضطراب ضعف الانتصاب	٧٧٧
١٤	اضطراب الضعف الجنسي	٨١٢
١٥	اضطراب الهوية الجنسية	٨٢١
١٦	اضطراب هوس الإحراق	٨٦٥

محتويات الفصل الرابع

م	الموضوع	الصفحة
١	الاضطرابات المتصلة بمادة مخدرة	٨٧٤
٢	الاضطرابات المتعلقة بالكحولي	٨٨٩
٣	اضطراب الانسحاب الكحول	٩٠٧
٤	الاضطرابات المتصلة بالحشيش المخدر	٩٢٥
٥	الاضطرابات المتصلة بالمهلوسات	٩٥٤
٦	اضطرابات المتصلة بالمواد الأفيونية	٩٨٩
٧	اضطرابات العادة الإنجابية للإناث	٩٩٩
٨	الاضطرابات المتصلة بالمنشطات	١٠٢٩
٩	اضطرابات ذات الصلة بالتبغ	١٠٥٠
١٠	اضطرابات العصبية الرئيسة	١٠٩٨
١١	اضطراب الشخصية	١١٨٢
١٢	الفئة الأولى لاضطرابات الشخصية	١١٨٧
١٣	الفئة الثانية لاضطرابات الشخصية	١٢٠٦
١٤	الفئة الثالثة لاضطرابات الشخصية	١٢٣٤
١٥	اضطراب الهوية الجنسية	١٢٩٢
١٦	اضطرابات الدواء الضارة	١٢٩٩
١٧	المشاكل التعليمية والمهنية	١٣٢١

محتويات الفصل الخامس

م	الموضوع	الصفحة
١	قطع التدابير عبر العرض	١٣٣٦
٢	تواتر الاستعمال الشاملة	١٣٤٢
٣	التهديف والتفسير	١٣٤٥
٤	التقييم التشخيصي	١٣٤٧
٥	التعريف الثقافي للمشكلة	١٣٥٢
٦	المعايير العامة لاضطراب الشخصية	١٣٦٧
٧	تقييم الدليل التشخيصى الخامس DSM-5	١٣٩٠
٨	اضطراب العاب الإنترنت	١٤١٥
٩	أبرز التغييرات بين الدليل التشخيصى الخامس DSM-5 والدليل الرابع DSM	١٤٣٦
١٠	الاضطرابات النفسية (منظمة الصحة العالمية وجمعية الأمريكية للطب النفسي)	١٤٥٤
١١	نماذج الاضطرابات الشخصية فى الدليل DSM-5	١٤٥٦
١٢	اضطرابات التركيز .	١٤٧٨
١٣	الرموز التشخيصية وفقاً للدليل DSM-5	١٤٨٥